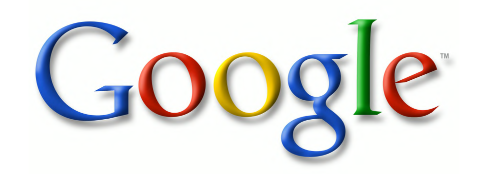


This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

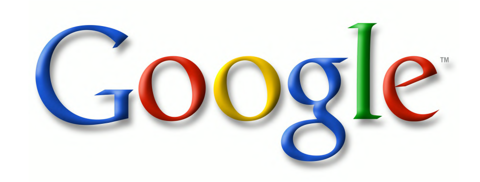
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at http://books.google.com/



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

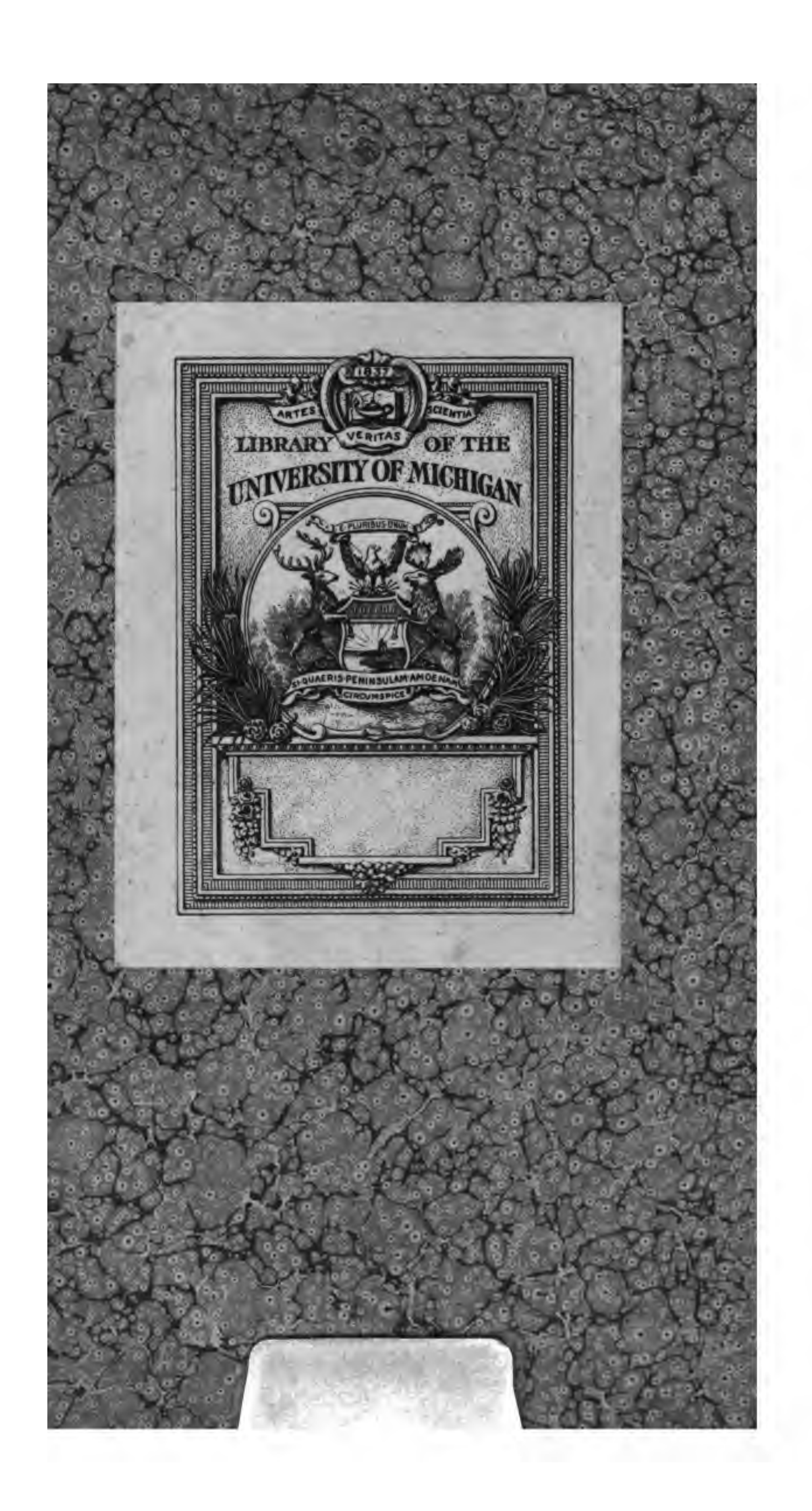
Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

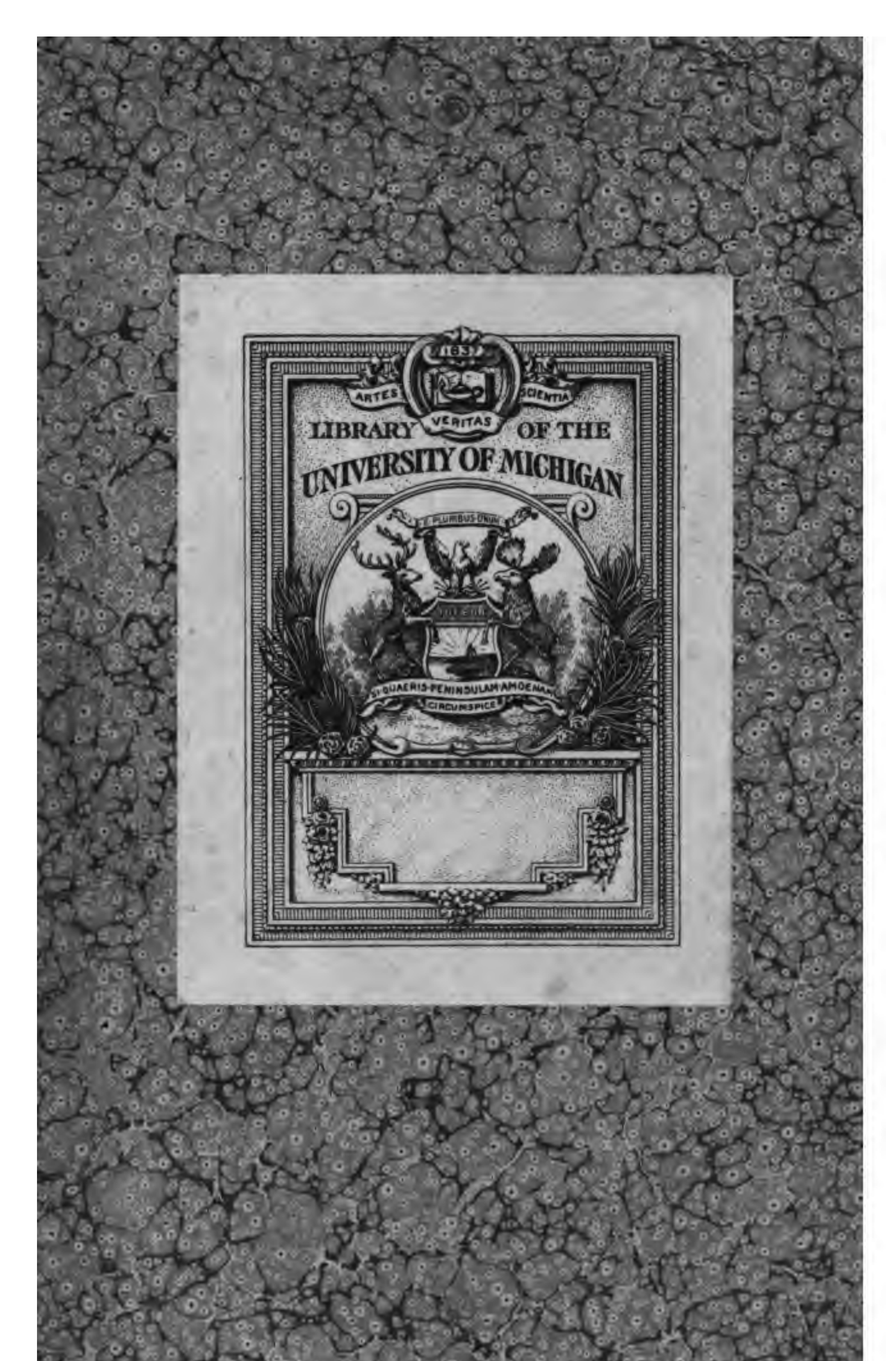
À propos du service Google Recherche de Livres

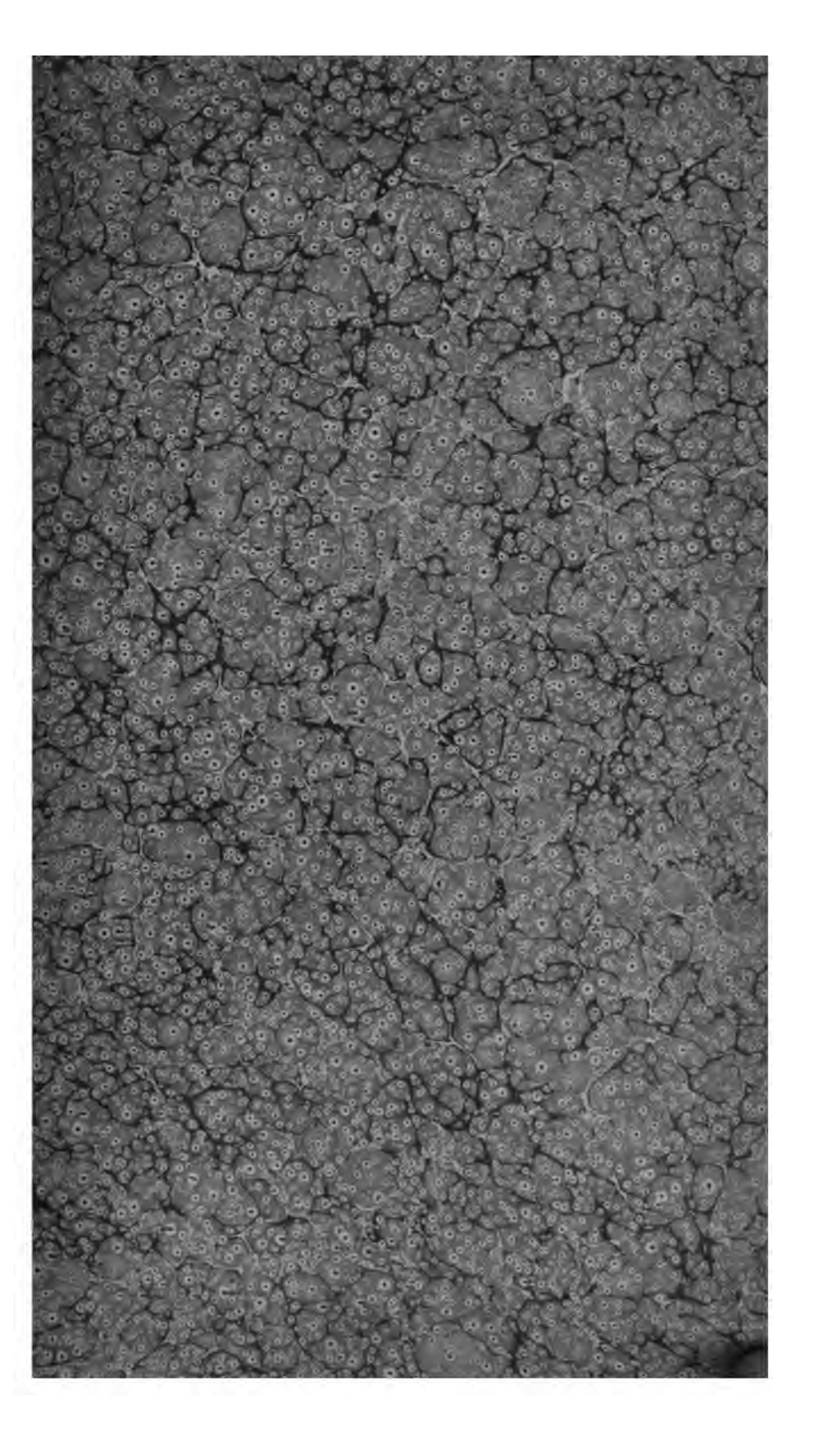
En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`


A 3 9015 00386 374 6
University of Michigan – BUHR


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE




1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



B 49
142

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

PARIS. — TYPOGRAPHIE HENNUYER ET FILS, RUE DU BOULEVARD, 7.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

57377

RECUEIL PRATIQUE

PUBLIÉ

PAR LE DOCTEUR DEBOUT

Chevalier de la Légion d'honneur,
Ex-président de la Société de médecine et membre de la Société de chirurgie,
Médecin honoraire des dispensaires,
Correspondant des Académies royales de médecine de Belgique et de Turin,
de l'Académie des sciences et lettres de Montpellier,
des Sociétés de médecine de Lyon, Bordeaux, Strasbourg, etc.,
Rédacteur en chef.

TOME SOIXANTE-SEPTIÈME.

PARIS

CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,

RUE THÉRÈSE, N° 4.

1864

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De la puissance sédative du bromure de potassium.

Par M. Adolphe GUBLER, médecin de l'hôpital Beaujon.

Après la découverte du brôme par notre éminent chimiste M. Balard, dix années s'écoulèrent sans que ce métalloïde fît son entrée dans la matière médicale. L'introduction eut lieu sous les auspices de M. le professeur Andral, et naturellement le brôme fut essayé d'abord à titre de succédané de l'iode, à côté duquel toutes les analogies lui avaient fait prendre place.

Mais les liens de famille, entre corps simples surtout, ne résistent pas à l'épreuve de l'action physiologique. Si proches parents que soient l'iode et le brôme au point de vue de la classification chimique, ils montrent, à l'égard des organismes vivants, les caractères les plus opposés. Le premier fouette la circulation, hyperémie les organes, détermine une céphalalgie congestive avec coryza et larmoiement. Le second, ainsi qu'on va le voir, produit des effets presque diamétralement contraires.

En cherchant dans le brôme une action spécifique qu'ils ne rencontrèrent pas, MM. Puche, Rames et Huette s'assurèrent de deux effets singuliers et inattendus, bientôt utilisés en médecine : je veux parler de l'anesthésie gutturale et de l'anaphrodisie. Les chirurgiens, M. Gosselin à leur tête, profitèrent de l'anesthésie du voile palatin par le brôme pour pratiquer plus aisément l'opération de la staphyloraphie. M. le docteur Debout l'indiqua comme moyen de prendre plus exactement les empreintes des parties profondes de la bouche pour la confection des pièces artificielles. Le savant rédacteur du *Bulletin* utilisa également l'action anesthésique du métalloïde sur la muqueuse urétrale pour combattre certaines névralgies du col de

la vessie et traiter les rétrécissements de l'urètre avec irritabilité excessive du canal. De leur côté, les médecins, à l'exemple de Thielmann, s'emparèrent des propriétés anaphrodisiaques du brôme. MM. Pourché et Ricord en obtinrent quelques succès dans certains engorgements strumeux; mais, à part ces cas particuliers, l'emploi de ce corps simple comme agent sédatif ne s'est pas généralisé.

Dès 1850, j'ai eu l'idée d'employer le bromure de potassium contre la dysphagie douloureuse, et cette application est devenue pour moi le point de départ des recherches dont je vais exposer les résultats.

Commençons par indiquer les formes et les doses sous lesquelles le médicament a été prescrit.

Doses et modes d'administration. — Le brôme libre est trop irritant pour ne pas mériter l'abandon dans lequel il est resté. C'est à l'état de combinaison saline qu'il convient de l'employer, et le bromure de sodium serait préférable à tout autre, s'il se trouvait répandu dans les officines. A son défaut, j'ai dû recourir au bromure de potassium. Ce sel a été administré le plus souvent à l'état dissous, soit dans un julep, que je faisais prendre en plusieurs fois dans la journée, soit dans de l'eau distillée, qu'on additionnait ensuite d'eau sucrée, au moment d'en faire usage. D'ordinaire, je prescrivais la solution au vingtième; mais, comme une cuillerée à soupe de cette solution ne représente pas 1 gramme de bromure, il vaudrait mieux formuler ainsi :

Pr. Bromure de potassium..............	10 grammes.
Eau distillée..........................	150 grammes.
F. S.	

Il importe de se servir d'eau distillée, et même de tenir le flacon bien bouché et à l'abri des poussières atmosphériques, parce que, sans cela, la solution se charge rapidement de flocons légers, formés sans doute en majeure partie des filaments de quelque mucédinée ou d'une algue inférieure, et prend alors un peu d'odeur, ce qui cause de la répugnance aux malades. Une cuillerée à soupe de cette solution, matin et soir, soit exactement 2 grammes par jour; telle a été la dose habituellement prescrite. Il m'est arrivé deux ou trois fois seulement d'atteindre le chiffre de 3 ou 4 grammes par jour.

J'avais eu la pensée d'introduire le bromure, à l'état de poudre grossière, dans des capsules de Lehuby, de la contenance de 50 centigrammes environ, et je l'ai plusieurs fois administré sous cette forme; mais le sel déliquescent attaque en quelques minutes l'en-

veloppe gélatineuse, qu'il perce bientôt; en sorte que le moyen n'est praticable qu'à la condition de remplir les capsules au moment même de s'en servir.

On peut aussi incorporer le bromure de potassium à l'axonge ou à la glycérine pour l'emploi topique contre certains engorgements et les affections cutanées hyperesthésiques.

Essai du bromure de potassium et recherche de ce sel dans les sécrétions. — Le bromure de potassium du commerce est souvent uni à des proportions plus ou moins fortes d'iodure de la même base, ce qui donne lieu à des inconvénients notables dans la pratique. L'iodure exerçant sur l'économie des effets inverses de ceux du bromure, neutralise, proportionnellement à sa masse, l'action de ce dernier, et sa valeur dans le mélange est celle des quantités négatives.

Une expérience bien simple permet de s'assurer de l'existence de l'iodure; elle consiste à verser de l'acide nitrique nitreux dans la solution aqueuse au fond de laquelle plonge une bande de papier amidonné. L'iode mis à nu se révèle aussitôt par la coloration bleue du papier, laquelle devient souvent d'un indigo foncé.

Chose remarquable, les urines des individus soumis à l'usage de ces bromures iodurés, traitées par les mêmes réactifs, n'accusent presque jamais la présence de l'iode. Après l'addition de l'acide nitrique impur, le papier blanc prend une légère nuance jaunâtre, plus ou moins pâle selon les cas, et comparable à celle du pigment urinaire rouge dans l'*hémaphéisme*. Très-rarement quelques traces de coloration bleue se laissent apercevoir.

Comment se rendre compte de cette anomalie? Le brôme force-t-il par sa présence l'iode à suivre une direction différente et à s'éliminer par une autre voie, ou bien s'oppose-t-il dans l'urine à la manifestation de son congénère en vertu d'une action chimique jusqu'alors ignorée? L'expérience suivante répond en partie à la question.

Si l'on introduit une solution aqueuse de bromure potassique chargé d'iodure dans l'urine d'un sujet qui n'a pas fait usage du médicament, et qu'on exécute sur le mélange l'opération destinée à démontrer la présence de l'iode, on voit avec étonnement que la coloration bleue de l'iodure d'amidon fait défaut, quelle que soit d'ailleurs la proportion d'acide nitrique employée. Cette dernière circonstance mérite d'être soulignée, attendu qu'avec une faible dose du réactif, il serait permis de supposer que, le brôme étant mis le premier en liberté, l'acide manque pour opérer la réduction de

l'iode; mais cette explication n'est plus valable quand on ajoute un excès d'acide azotique sans obtenir un résultat positif.

Le chlore, le brôme et l'iode ayant pu être considérés comme des corps simples essentiellement identiques, bien que différents en apparence, une autre supposition se présente : c'est que le bromure est réellement pur, alors même que sa solution aqueuse donne naissance à du bleu avec le papier d'écolier, en présence de l'acide nitrique du commerce; mais que, par un changement moléculaire, une partie du brôme revêt la forme allotropique de l'iode. Cette hypothèse serait inacceptable. L'identité de l'iode avec le brôme et le chlore ne repose que sur des vues théoriques contestables. Ni les rapports de leurs poids moléculaires, qui sont des multiples exacts l'un de l'autre, ni les analogies frappantes qui les unissent sous le rapport chimique, n'autorisent à se passer de la méthode *à posteriori* pour établir une opinion hardie, spécieuse, probable, si l'on veut, mais nullement prouvée.

Le fait n'en subsiste pas moins. Ainsi, l'acide nitrique fait apparaître l'iode dans l'urine qui renferme ce métalloïde à l'état de combinaison, il le met également en liberté dans une solution aqueuse chargée en même temps de bromure, tandis qu'il est impuissant à produire cette réaction lorsqu'il rencontre réunies les deux conditions indiquées, à savoir : la présence simultanée du brôme et des principes immédiats de l'urine. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on voit se former de l'iodure d'amidon dans cette conjoncture, encore ne se produit-il qu'imparfaitement. La chimie donnera certainement la clef de ces singularités et de quelques autres anomalies que j'ai eu l'occasion de constater en même temps.

Action physiologique. — La solution de bromure potassique détermine dans la bouche une saveur salée et piquante avec un arrière-goût amer et désagréable. Quand la gorge est le siége d'une inflammation érythémateuse ou glanduleuse, et, à plus forte raison, lorsqu'il y a des excoriations du derme muqueux, le bromure, au degré de concentration où j'ai l'habitude de l'administrer, cause une sensation d'âcreté un peu pénible, sans être vraiment douloureuse. Les malades n'accusent aucune impression notable dans le reste des voies digestives.

Consécutivement à l'absorption, il se manifeste des phénomènes de sédation du côté de la circulation et de la sensibilité. Mais à la dose de 2 grammes par jour, le bromure n'amène jamais une anesthésie complète de l'isthme guttural, non plus qu'une analgésie prononcée de la peau. L'action hyposthénisante ou contre-stimu-

lante se borne à une simple diminution de la sensibilité pour le tact et pour la douleur, ainsi que de l'action réflexe de la moelle, et à l'apaisement de divers phénomènes douloureux ou spasmodiques ayant pour siége le gosier, l'appareil respiratoire ou d'autres organes. L'action sédative peut même s'étendre aux centres nerveux encéphaliques.

Par le fait de cette contre-stimulation exercée sur les nerfs de la vie de relation et de la vie organique, spécialement sur la moelle, on voit se calmer l'irritation gutturale et la dysphagie douloureuse, l'œsophagisme, la toux férine, quinteuse, spasmodique ; on voit se modérer les impulsions cardiaques, la dyspnée nerveuse, les mouvements désordonnés de la chorée et les contractions involontaires et inconscientes dues à l'exagération de la force excito-motrice de la moelle. En même temps, les malades accusent un sentiment de langueur, de faiblesse et d'abattement qui ne leur est pas habituel. Les autres grandes fonctions, à l'exception peut-être de la sécrétion rénale, qui est parfois accrue d'emblée, paraissent moins directement influencées par l'agent médicamenteux. Le bromure tempère l'éréthisme nerveux de la fièvre, et abaisse la température en même temps que le pouls. Il réduit les sueurs par ce moyen détourné, c'est-à-dire en abattant le mouvement fébrile. Quant à l'action antiphlogistique, le bromure la doit à sa double influence sur la circulation centrale et sur les capillaires sanguins ou le système nerveux qui les régit. Il diminue par là les sécrétions des muqueuses, et contrairement à l'iodure de potassium, qui souvent l'exagère, il favoriserait probablement la guérison de la leucorrhée. Enfin, je pense avec MM. Trousseau et Pidoux que les propriétés anesthésiques du bromure ont une large part dans les résultats favorables obtenus à l'occasion de diverses affections à *processus* inflammatoire.

Le brôme correctif et antidote de l'iode. — La proportion d'iode renfermée dans certains bromures du commerce est telle, qu'elle aurait dû produire des phénomènes d'iodisme chez les sujets susceptibles, lorsque le sel impur était administré à des doses fortes de plusieurs grammes par jour. Cependant je n'ai vu dans aucun cas le coryza et les autres symptômes d'iodisme accompagner l'administration du bromure impur, et le fait n'a pas été observé, que je sache, par les expérimentateurs qui m'ont précédé, et qui ont, sans aucun doute, opéré presque toujours avec du bromure ioduré.

Il résulte de là cette conséquence, prévue d'ailleurs, que le brôme neutralise l'action physiologique de l'iode.

Mais l'iode, à son tour, contrecarre les effets du brôme, car l'ac-

tion du bromure de potassium, très-puissante en beaucoup de circonstances, n'a pas répondu complétement à mes légitimes espérances, dans certains cas précisément où l'iode abondait dans le bromure alcalin.

L'iode et le brôme peuvent donc se servir réciproquement d'antidotes (1).

Les effets inverses observés à la suite de l'administration de ces deux métalloïdes isolément m'avaient déjà conduit à la même conclusion et à cette conséquence pratique : de l'utilité d'associer le bromure à l'iodure de potassium, afin de faire tolérer ce dernier. C'est ce que j'ai fait chez le numéro 21, Saint-Louis, dont l'observation peut se résumer en quelques mots :

Fièvre cérébrale antérieure; douleur occipito-cervicale consécutive; double amaurose, léger strabisme, affaiblissement des quatre membres, lésion probable des méninges de la base et du pourtour du bulbe. — Malgré la rougeur habituelle du visage et les signes de congestion céphalique, l'usage de l'iodure de potassium mitigé par le bromure, ne donna lieu chez ce jeune homme à aucun phénomène d'iodisme.

La même association serait très-avantageuse dans certains cas de syphilis tertiaire des méninges réclamant l'emploi des préparations iodurées. L'iodure de potassium administré seul a souvent, en effet, l'inconvénient de congestionner l'encéphale, et dans le cas de gommes ou de périostoses intra-crâniennes, il entraînerait des accidents plus ou moins fâcheux qu'on éviterait en le corrigeant à l'aide du bromure.

En général, le bromure serait le correctif obligé de l'iodure dans ces cas de prédisposition à l'ivresse iodique dont M. Rilliet (de Genève) a publié les premiers exemples, et toutes les fois qu'on aurait à redouter les inconvénients de l'iodisme, notamment dans les affections du corps thyroïde et dans la cachexie exophthalmique.

J'arrive aux applications thérapeutiques spéciales.

Angines; dysphagies douloureuses; coryza. — Les phlegmasies de l'arrière-gorge sont fréquentes, chacun le sait, chez les sujets atteints de pneumophymie. Souvent elles ont le caractère d'angines granuleuses ou glanduleuses, et donnent lieu à des ulcérations multiples, disséminées, parfois même confluentes. Ces lésions entraînent une difficulté d'avaler, et dans l'arrière-gorge des sensations tellement douloureuses, que les sujets préfèrent se priver de nourri-

---

(1) J'appelle de préférence *antidotes* les substances qui produisent des effets physiologiques contraires à ceux d'autres substances toxiques, et *contre-poisons*, celles qui agissent par une neutralisation chimique.

ture solide, et même d'aliments mous, plutôt que de s'exposer à exaspérer ces douleurs à chaque mouvement de déglutition. Chacun comprendra les funestes effets de cette abstinence prolongée dans le cours d'une maladie qui détruit des organes essentiels à la vie, et ruine l'économie par les pertes de matériaux et de forces qu'elle lui fait incessamment subir sous forme de sécrétion et de fièvre. En présence de cette complication, l'indication la plus pressante à remplir consiste à rendre l'alimentation possible, et par conséquent à supprimer la dysphagie. C'est ce que j'ai réussi à obtenir à l'aide du bromure alcalin.

L'un de mes premiers succès en ce genre se rapporte à un ancien zouave atteint d'une phthisie acquise par les fatigues de la guerre et les excès de tous genres qu'excusent à demi l'oisiveté et la permanence du danger qui défend de compter sur un lendemain. Cet homme, fortement trempé, et dont le courage ne se laissait abattre ni par le mal ni par la perspective d'une fin prochaine, s'était cependant condamné de lui-même à une diète presque absolue, afin d'échapper aux tortures d'une déglutition douloureuse. Aussi allait-il s'amaigrissant et s'affaiblissant à vue d'œil, lorsque j'entrepris de l'arrêter sur cette pente fatale. Le bromure potassique à la dose de 2 grammes dans une potion gommeuse amena, dès le premier jour, un soulagement considérable. Le lendemain, le malade put manger du poulet et du pain, et cette faculté se maintint pendant l'administration ultérieure du médicament, et encore plus d'une semaine après qu'on en eût cessé l'usage. Alors, la dysphagie reparaissant, on revint au brôme, et ainsi à plusieurs reprises, mais chaque recrudescence était moins pénible que la précédente. Enfin le sujet, débarrassé de cette complication, amélioré quant aux symptômes ordinaires de la phthisie, laissa son lit de malade pour prendre les fonctions d'infirmier, dont il s'acquitta convenablement pendant plusieurs mois. Puis il quitta l'hôpital pour rentrer dans sa famille et revint environ un an après, dans un état qui ne laissait plus d'espoir. Il succomba (salle Saint-Louis, nº 12), dix-huit mois seulement après les accidents dysphagiques qui avaient menacé de l'entraîner rapidement au tombeau.

Ce fait, et d'autres semblables, observés en ville et à l'hôpital, principalement depuis trois ans, m'encouragèrent à persévérer dans la voie où je venais de m'engager, et depuis lors je ne laissai guère passer une occasion d'utiliser le bromure alcalin contre les angines et la dysphagie connexe des tuberculeux.

L'efficacité, pour ainsi dire constante, de ce moyen m'autorise

maintenant à le recommander comme palliatif dans les cas désignés, voire même comme curatif contre les angines glanduleuses indépendantes de la tuberculisation pulmonaire et produites par le froid ou par l'abus des irritants, ou liées aux diathèses *herpédonique* et arthritique. Le bromure de potassium me paraît encore appelé à rendre des services dans le décours des angines inflammatoires simples ou communes; dans l'herpès guttural par exemple, lorsque les douleurs occasionnées par les contractions de l'isthme et du pharynx conservent une assez grande intensité pour que les malades, s'astreignant à une diète d'ailleurs inutile, s'exposent aux inconvénients d'une convalescence longue et difficile, si ce n'est aux accidents consécutifs des maladies épuisantes, tels que la paralysie asthénique diffuse.

La seule précaution à observer dans ces derniers cas consisterait à prescrire le sel sous une forme diluée. Pour éviter une impression désagréable sur la muqueuse digestive, il faudrait donner le julep, non pas en trois ou quatre fois, mais par cuillerées de capacité plus ou moins faible, selon la susceptibilité de la gorge. On pourrait encore administrer le bromure en lavement, ou bien en dissolution étendue dans un litre de tisane.

Chez deux sujets, j'ai vu un coryza chronique se modifier avantageusement pendant l'administration du bromure. L'un de ces malades portait une perforation de la cloison cartilagineuse des fosses nasales au lieu d'élection, bien qu'il n'eût été exposé à aucune émanation soit de chromate de potasse, soit d'une préparation arsenicale quelconque.

Laryngo-bronchite. Toux spasmodique et quinteuse. — L'action sédative du brôme dépasse le vestibule commun aux voies respiratoires et digestives, et son efficacité ne paraît pas moindre contre les affections des voies aériennes sous-épiglottiques que contre celles du gosier. L'un des exemples les plus démonstratifs à l'appui de cette proposition m'a été fourni par une malade de la ville, sur l'état de laquelle mon excellent maître, M. le professeur Trousseau, a bien voulu me donner son avis, et chez qui j'ai fait pratiquer l'examen laryngoscopique par M. le docteur Moura-Bourouillou.

Voici le résumé de ce fait capital.

Obs. I. *Laryngo-bronchite chronique avec toux spasmodique et quinteuse d'une excessive violence ; éruption pustulo-crustacée du cuir chevelu ; cachexie profonde. Emploi du bromure de potassium, concurremment avec la liqueur de Van Swiéten et le goudron; suppression rapide des caractères spasmodiques de la toux et amendement progressif des symptômes locaux et généraux.* —

Mme X***, femme d'un officier supérieur, âgée d'environ cinquante-cinq ans, déjà mal portante et sujette à tousser depuis sept ans, fut prise au commencement de l'année 1863, à la suite d'un refroidissement, d'un rhume intense, ayant son siége dans les fosses nasales, le larynx, la trachée et les bronches. Cette affection s'accompagna dès l'abord d'une toux quinteuse et spasmodique provoquée surtout par une sensation de picotement au niveau du larynx. Après une période d'acuïté caractérisée par de la fièvre, l'affection passa à l'état chronique, la toux conservant néanmoins son caractère quinteux et convulsif, de telle sorte que le médecin conclut, malgré l'âge du sujet, à l'existence de la coqueluche. Les moyens habituellement usités en pareille circonstance ne parvinrent pas à modérer la violence de ce symptôme qui, par sa reproduction presque incessante, finit non-seulement par fatiguer extrêmement les organes respiratoires, mais par empêcher le sommeil, entraver la nutrition et déprimer les forces. Ces accidents persistaient sans aucune modification, malgré les opiacés, les antispasmodiques et les révulsifs les plus énergiques, lorsque je fus appelé pour la première fois, le 6 mars 1864. Mme X***, depuis six mois, avait passé toutes ses nuits dans un fauteuil; elle était en proie à une toux presque continuelle, et les quintes se succédaient quelquefois sans interruption durant cinq, six, et jusqu'à sept heures de suite. Des vomissements de matières muqueuses ou même alimentaires en étaient souvent la conséquence, et comme les repas amenaient d'ordinaire une recrudescence de toux, la malade, redoutant de manger, ne prenait plus assez de nourriture pour soutenir ses forces, elle déclinait visiblement de jour en jour, et je la trouvai effectivement d'une pâleur cachectique et d'une maigreur extrême. Elle était assise dans un fauteuil, maintenue verticalement par des oreillers; le récit qu'elle me fit était à chaque instant interrompu par une quinte de toux allant parfois jusqu'à empourprer le visage et provoquer des haut-le-corps. Pendant les efforts expiratoires convulsifs, on entendait au niveau du larynx, en même temps qu'un son rauque, une vibration grave, comme une sorte de ronflement, semblant indiquer soit une atonie de l'une des cordes vocales, soit l'existence d'une production polypiforme, ou tout au moins d'un boursouflement de la muqueuse. La percussion n'indiquait qu'une diminution de résonnance aux sommets. A l'auscultation, on constatait une certaine rudesse des bruits respiratoires, quelques bulles de râles muqueux pendant la toux, sans souffle ni altérations plus caractéristiques d'une lésion tuberculeuse. D'ailleurs, il n'y avait jamais eu ni diarrhée, ni sueurs; de plus, aucun antécédent tuberculeux dans la famille. Mais, certaines circonstances, telles qu'une affection pustulo-crustacée du cuir chevelu pouvaient faire songer à des accidents spécifiques du côté des voies respiratoires. En conséquence, il fut convenu de concert avec M. le professeur Trousseau, appelé en consultation, qu'on administrerait d'abord pendant plusieurs jours le calomel à doses fractionnées, ensuite la liqueur de Van Swiéten, et finalement l'iodure de potassium. L'élément spasmodique serait combattu par

des pilules d'un demi-milligramme d'atropine, au nombre de deux, trois et quatre par jour.

Sous l'influence de cette médication, à laquelle je joignis encore l'emploi du sirop de goudron et d'un peu d'eau de Vichy prise par gorgées pour calmer la bouche et le pharynx, dont la rougeur écarlate indiquait la vive irritation, il se produisit un léger amendement de certains symptômes. L'expectoration, en partie formée d'un muco-pus jaune rougeâtre, devint un peu moins purulente, et prit la nuance verdâtre habituelle aux catarrhes purulents. Les lèvres et la langue, dont la couleur écarlate semblait indiquer toujours l'imminence des hémorrhagies, avaient perdu un peu de leur rutilance et de leur excessive sensibilité au contact des substances dures ou sapides. Mais la toux conservait toute sa violence et son opiniâtreté, et les nuits restaient toujours à peu près sans sommeil.

Le 26 mars, je prescrivis à Mme X***, 2 grammes de bromure de potassium à prendre en quatre fois dans les vingt-quatre heures, la potion devant être réitérée le lendemain. Dès le premier jour, une amélioration notable se fit sentir dans l'intensité de la toux ; la nuit suivante, Mme X*** goûta quelques instants de repos. La journée du 27 fut bonne, et la nuit du 27 au 28 d'un calme inaccoutumé. Mme X*** put dormir quatre ou cinq heures. Je profitai de cet apaisement pour faire pratiquer en ma présence l'examen laryngoscopique par M. le docteur Moura-Bourouillou. Le miroir ne fit découvrir que de la rougeur et de la tuméfaction de la muqueuse de l'épiglotte, ainsi que du pourtour de l'orifice supérieur et de la portion sus-glottique du larynx. Quant aux cordes vocales, elles parurent blanc-rosé et non sensiblement altérées. Les 29 et 30 mars, continuation du bromure de potassium à la dose de 2 grammes par jour. L'amélioration fait des progrès, et Mme X*** me dit qu'elle a recouvré enfin le sommeil, et que depuis deux jours elle n'a pas eu une *seule quinte*.

Le 2 avril, Mme X*** couche pour la première fois depuis six mois dans son lit, où elle dort l'espace de cinq heures d'un sommeil calme et réparateur. Dès ce moment elle passe toutes les nuits dans son lit, ses forces se restaurent rapidement, les fonctions digestives s'exécutent normalement, une teinte rosée a remplacé la couleur écarlate de la langue et des lèvres, le teint est devenu plus transparent et plus animé, l'expectoration est peu abondante et simplement muqueuse, si ce n'est au réveil où elle présente un peu d'opacité. En un mot, il s'est opéré en l'espace d'un mois, depuis l'intervention du bromure de potassium, un tel changement dans l'apparence du sujet, que toute sa famille s'étonne d'une pareille métamorphose. Ajoutons qu'en même temps l'affection du cuir chevelu s'est progressivement améliorée et a presque disparu. (1er mai 1864) (1).

---

(1) Depuis lors la guérison ne s'est pas démentie, malgré l'influence fâcheuse d'un refroidissement. Mme X*** tousse peu, gagne journellement des forces et

Ici, le résultat a dépassé toutes nos espérances, et cependant il n'y a pas le moindre doute à concevoir touchant le rôle du bromure. Du 6 au 26, les quintes de toux persistaient avec toute leur violence primitive, malgré l'usage continu du goudron, des préparations hydrargyriques et d'une dose quotidienne de 1 à 2 milligrammes d'atropine. A ce moment intervient le bromure de potassium, et dès le premier jour un apaisement se fait sentir; le lendemain, la malade repose plusieurs heures dans la nuit, et le sixième jour elle peut dormir dans la position horizontale. Depuis lors, les quintes vont toujours diminuant, et la toux n'est bientôt plus que l'effort expirateur nécessaire à l'expectoration. Quoi de plus évident que cette relation de causalité entre l'agent et le résultat thérapeutique.

D'ailleurs, ce fait n'est pas unique, j'en ai observé d'autres analogues. Le suivant s'est présenté récemment à l'hôpital Beaujon, et M. Flurin, interne du service, m'en a remis la relation sommaire.

Obs. II. *Tuberculisation pulmonaire au premier degré, avec accès de toux quinteuse très-fatigante. Emploi du bromure de potassium. Suppression de la toux spasmodique et amélioration générale.* — Emilie C***, âgée de vingt-quatre ans, entre le 30 mars 1864 à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Marthe, n° 46, service de M. Gubler. Elle est malade depuis quatre mois et ne se plaint depuis le début de son mal que d'une toux opiniâtre, sèche, revenant par quintes, surtout la nuit. Les quintes ont une durée variable de quelques minutes à une heure. Elle passe, dit-elle, des nuits entières, ne sommeillant qu'à de rares intervalles. Malgré un traitement qu'elle suit depuis environ deux mois (huile de foie de morue, vin de quinquina, opiacés), elle voit son affection augmenter plutôt que diminuer. Elle a des sueurs profuses toutes les nuits et se plaint de douleurs vives dans les espaces intercostaux, principalement à droite. La percussion donne un son normal dans toute l'étendue de la poitrine. L'auscultation permet de constater au sommet droit une respiration rude, sèche, avec une expiration prolongée et sensiblement entrecoupée.

(*Julep diacodé, gomme sucrée, bordeaux* 200 *grammes, une portion d'aliments.*)

Durant la première semaine de son séjour à l'hôpital, la malade ne trouve aucune amélioration dans son état. La toux persiste avec les mêmes caractères, et elle éprouve, en outre, des douleurs dans tous les membres.

Le 7 avril. M. Gubler prescrit une potion avec *bromure de potassium,* 2 *grammes.*

---

déclare être revenue actuellement à des conditions de santé plus satisfaisantes qu'avant la maladie, dont nous avons signalé le début comme ayant eu lieu au commencement de 1865. (*Note ajoutée pendant l'impression.*)

Le 8, au matin, la malade n'a encore pris qu'un gramme de bromure, et n'a remarqué aucun changement dans la force et la fréquence des quintes. (*Même prescription.*)

Le 9. L'état est à peu près le même que la veille.

Le 10. Notre malade a mieux dormi; elle n'a eu qu'une quinte assez forte dans la soirée, à huit heures. Elle a pu reposer jusqu'à une heure après minuit, moment où elle a été réveillée par un accès de toux qui n'a pas eu de durée; ses sueurs ont été moins abondantes. On continue la même prescription pendant trois jours. Les accès vont en diminuant et finissent par disparaître.

Dans la nuit du 15, la malade n'en a pas éprouvé un seul. On cesse la médication, et cependant les quintes ne reparaissent plus.

Le 20. La malade s'est refroidie en allant au jardin; dans la soirée elle a trois quintes de toux et dans la nuit s'est souvent réveillée pour tousser.

Le 21. M. Gubler prescrit de nouveau le bromure de potassium.

Le 22. La nuit à été très-bonne. Pas de toux.

Le 25. La malade sort sur sa demande. Elle est entièrement débarrassée de sa toux quinteuse et dans un état beaucoup plus satisfaisant qu'à son entrée, sous le rapport de la sudation et des forces.

Pour être moins surprenant que celui de l'observation précédente, cet exemple n'en est pas moins démonstratif. A la vérité l'effet contre-stimulant s'est fait attendre quarante-huit heures, mais il s'est ensuite si fortement accentué et s'est maintenu avec tant de constance pendant chaque administration du médicament, que l'influence du bromure ne saurait être un seul moment mise en question, surtout quand on réfléchit à l'ancienneté et à l'intensité de cette toux férine.

Au moment de livrer ce travail à l'impression, un fait analogue et également remarquable se présente à mon observation.

Obs. III. *Toux quinteuse, datant de trois semaines, traitée et guérie en trois jours par le bromure de potassium.*—Un homme, qui présente d'ailleurs les attributs d'une bonne constitution, vient pour la première fois à la consultation le 27 avril 1864, se plaignant d'une toux opiniâtre qui le tracasse depuis trois semaines environ.

Cette toux, accompagnée d'une expectoration peu abondante, le prend par quintes, et à chacun de ces accès correspondent un grand malaise général, de la céphalalgie et des douleurs assez vives, siégeant sur les régions latérales et postérieure de la poitrine.

Le jour, nous dit-il, il est assez tranquille; c'est surtout après les repas que la toux se montre le plus habituellement: il est pris alors d'une succession de quintes qui durent trois quarts d'heure à une heure. Mais la nuit il est presque constamment tourmenté par ce symptôme incommode; ce n'est que vers trois à quatre heures du matin qu'épuisé par la fatigue, il peut enfin goûter un peu de repos. Il a consulté un médecin qui, pour le calmer, lui a ordonné du

sirop diacode. Mais le malade nous dit *que ce remède-là l'a fait tousser plus qu'auparavant.*

M. Gubler, tenant compte de la forme spasmodique et de la nature congestive de la toux, manifestées par le paroxysme nocturne et par les mauvais effets de l'opium, lui prescrit le traitement suivant :

1°	Bromure de potassium................	10 grammes.
	Eau distillée........................	150 grammes.

Une cuillerée à bouche matin et soir dans de l'eau sucrée.

2° Prendre un bain de pieds sinapisé le soir.

18 mai. Aujourd'hui le malade vient revoir M. Gubler à la consultation. Il raconte que, le premier jour où il a pris la potion au bromure, il s'est couché à neuf heures, qu'il a bien toussé un peu jusqu'à dix heures et demie, mais qu'à partir de cette heure-là il a pu dormir profondément jusqu'au lendemain matin.

La nuit suivante a été très-bonne ; il n'a presque pas toussé.

Le troisième jour il s'est trouvé tout à fait bien, et depuis lors il a constamment reposé toutes les nuits et n'a plus été tracassé par sa toux quinteuse. Le sommeil le gagne même si vite, dès qu'il est couché, qu'il lui est impossible de lire comme autrefois dans son lit. (Observation recueillie par M. Méric, externe du service.)

(*La fin prochainement.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Quelques mots sur l'emploi du collodion mercuriel comme traitement abortif du zona.

Par M. Devergie, médecin des hôpitaux.

La thérapeutique s'enrichit chaque jour d'agents que la chimie découvre et de nombreuses formules ou formes nouvelles de préparations médicamenteuses. On peut dire que, comparée à celle qui a précédé l'école de Broussais, une thérapeutique entièrement neuve a été créée.

Ce n'est pas que toutes les formules que l'on trouve inscrites dans les journaux de médecine soient irréprochables. Il en est beaucoup qui n'ont eu que l'honneur de l'*impression*. D'autres sont essayées, et leur usage ne répond souvent pas aux espérances qu'en ont conçues leurs auteurs. A qui la faute ?... Au double désir de se rendre utile et de faire un peu parler de soi. Noble ambition sans doute, bien naturelle d'ailleurs, mais qui a quelquefois l'inconvénient d'ouvrir la porte aux déceptions, et, ce qui est plus grave, de devenir inutile aux malades, si ce n'est plus !

C'est donc un devoir pour le praticien qui se borne à contrôler ce que l'on innove, de faire connaître au moins ce qui est bon. C'est le rôle que je vais jouer aujourd'hui à l'égard d'une formule passée presque inaperçue et qui m'a cependant rendu des services réels depuis sa publication.

Il est d'ailleurs naturel que mon modeste certificat trouve sa place dans le journal de celui qui en est l'auteur. Il s'agit, en effet, d'un moyen préconisé par le laborieux directeur du *Bulletin de Thérapeutique.*

Frappé des douleurs si vives qui, dans certains zonas, accompagnent et surtout suivent l'évolution de cette maladie, M. Debout a conçu la pensée de la faire avorter.

Faire avorter une éruption est souvent chose grave. Le médecin y regarde à deux fois, et j'avouerai moi-même que, malgré ma sympathie pour tout ce que fait et écrit notre confrère, j'ai longtemps hésité à accepter sa formule ou plutôt son système. Cependant j'ai essayé et je suis devenu de plus en plus hardi ; aussi, aujourd'hui, je n'hésite pas à préconiser un moyen que je considère comme très-utile.

Et d'abord que le lecteur me permette une petite digression à l'endroit du zona.

Ce n'est généralement pas une maladie grave. Le diagnostic en est facile quand on voit l'éruption. Elle est précédée de douleurs lancinantes dont l'intensité est en rapport avec l'étendue ; ces douleurs disparaissent presque complétement quand l'évolution est faite ; mais elles reparaissent à la convalescence pour durer, dans certains cas, pendant des mois entiers.

C'est seulement chez le vieillard et dans la jeunesse que ces troubles nerveux se montrent avec plus d'intensité, et chez quelques vieillards ces douleurs portent une atteinte notable au rétablissement de la santé.

Dans l'adolescence, où le zona se montre de préférence au cuir chevelu, sur le côté de la face, au cou, la névropathie détermine un ensemble de symptômes très-graves qui, dans certains cas, en impose pour une affection du cerveau par la souffrance, l'insomnie, le délire même qui l'accompagnent.

Ces phénomènes sont portés, dans quelques cas, à un point tel que le médecin peut croire à une affection du cerveau, et être conduit à une thérapeutique antiphlogistique active, dont les émissions sanguines ne font qu'aggraver l'état du malade.

J'ai plusieurs fois été consulté dans des cas de ce genre. J'ai

trouvé des familles en larmes, et certaines têtes de jeunes étudiants en médecine qui se croyaient atteintes très-gravement, dont les idées marchaient à l'avenant. Je regardais le côté douloureux et je trouvais des groupes d'éruptions bulleuses qui éclairaient cette scène de souffrances aussi morales que physiques, et me permettaient d'apporter le calme dans la famille.

D'une autre part, on ne peut se dissimuler que chez les vieillards la réunion des bulles se transforme en des eschares profondes, laissant après leur chute des ulcérations très-difficiles à guérir, et surtout très-douloureuses. La santé du vieillard en est altérée pendant plusieurs mois. Il court quelquefois des dangers.

Ainsi, tout partisan que je suis de favoriser une éruption, quelle qu'elle soit, plutôt que d'en enrayer la marche, au point de fermer l'oreille à la thérapeutique nouvelle des fièvres éruptives, qui consiste à donner de l'eau de groseille aux malades, et à ne pas trop favoriser l'éruption par les précautions de vieille date, je viens cependant recommander le moyen abortif de M. Debout, surtout dans les cas que je viens de rappeler, les zonas qui ne siégent pas sur le tronc dans l'adolescence, et ceux qui se développent chez le vieillard. Je sais bien à quoi je m'expose ; on me dira : « Si le moyen est bon pour les cas d'une certaine gravité, pourquoi ne serait-il pas bon dans tous les autres ? Je répondrai : Vieille habitude ! respect aux éruptions qui ne portent pas une atteinte notable à la santé. Ce qui se passe au dehors et qui n'a pas de coïncidence directe avec un organe essentiel à la vie, j'aime mieux le voir là suivre ses périodes anodines que de le faire avorter, au risque d'avoir affaire plus tard à une phlegmasie d'un organe plus important que la peau.

Quoi qu'il en soit de ma digression, le moyen abortif préconisé dans ces circonstances est, comme on le sait, l'emploi du mélange ci-après :

Pr. Collodion élastique..................	30 grammes.
Bichlorure de mercure..............	50 centigrammes.

On enduit avec un pinceau la surface malade de ce liquide ; il s'y dessèche rapidement ; il forme une couche brillante, résistante, et plus ou moins épaisse sur chaque groupes de bulles reposant sur une surface enflammée, et, en moins de vingt-quatre heures, le cortége de tous les accidents a disparu, les bulles se sont affaissées, le liquide qu'elles contenaient a été résorbé, l'inflammation est tombée.

Le lendemain, nouvelle application si l'on a été un peu timide,

sauf le cas où déjà des eschares se sont formées, car il faut en général trois jours d'emploi du moyen.

Ainsi, avortement en vingt-quatre heures, lorsque l'évolution est toute récente ; plusieurs applications, quand elle est ou plus ancienne ou plus intense. Mais, chose remarquable, ce moyen ne se borne pas à éteindre l'affection en enrayant le zona dans sa manifestation extérieure, il préserve des douleurs consécutives à l'éruption, ou au moins il en atténue très-notablement la violence.

Il y a plus, et c'est là un des témoignages de son efficacité, en faisant avorter les bulles confluentes qui se transforment en eschares puis en ulcères, il dessèche ces eschares qui se détachent à la longue pour laisser à leur place une cicatrice parfaite.

C'est donc à tort, suivant moi, que ce moyen curatif très-énergique est un peu tombé dans l'oubli. Je serais heureux si ces quelques détails pouvaient le rappeler à l'attention des praticiens et en propager l'emploi.

De l'hydrocèle chez les enfants.

Par M. P. Guersant, chirurgien des hôpitaux.

L'hydrocèle s'observe très-souvent chez les enfants. On en rencontre de deux espèces, l'hydrocèle de la tunique vaginale et l'hydrocèle enkystée du cordon.

L'hydrocèle de la tunique vaginale présente deux variétés : dans l'une, il existe une communication avec le péritoine, c'est le cas où l'hydrocèle s'est déclarée avant la naissance ; mais nous avons vu également des enfants venant au monde avec une hydrocèle ne communiquant pas avec le péritoine. Dans le premier cas l'hydrocèle préexistait à la descente du testicule, et dans le second elle était consécutive à la descente de cet organe dans les bourses ; on peut donc dire que l'hydrocèle congénitale ne communique pas toujours avec la cavité abdominale, mais que le plus ordinairement cette communication existe. A l'examen on constate en général que le liquide est jaune-citron, qu'il est albumineux. Nous l'avons trouvé d'une autre couleur seulement dans les cas où le testicule était malade ; alors ce liquide était trouble, opaque, ou puriforme. La tunique vaginale est distendue, mais saine, sans changement de couleur, sans augmentation d'épaisseur, et transparente ; quelquefois le testicule est affecté, il est tuberculeux et même cancéreux ; ces deux altérations sont très-rares dans le bas âge.

Causes. — Lorsque le testicule est malade, l'hydrocèle est la

conséquence de la maladie principale; mais comme le plus ordinairement le testicule est sain, la cause est très-obscure. On est quelquefois porté à admettre comme cause la débilité générale de l'enfant; d'autres fois on constate une contusion, un froissement du testicule, ou une orchite. Quoi qu'il en soit, on observe les symptômes suivants :

Tumeur oblongue d'un volume variable, fluctuante, transparente, sans changement de couleur à la peau, s'étendant de l'anneau inguinal vers la partie inférieure du scrotum, ne se réduisant pas dans l'abdomen, lorsqu'il y a hydrocèle sans communication avec le péritoine; se réduisant au contraire par une pression lente et graduée, quand la communication existe, et ressortant dès que l'on fait tousser l'enfant, ou si on le fait marcher ou sauter. Ce symptôme, qui s'observe dans la hernie, permettrait de confondre les deux maladies; mais l'une des tumeurs est transparente, fluctuante, on y sent positivement un liquide; dans l'autre, il n'y en a pas, il y opacité, on sent plutôt des gaz et du gargouillement.

Le pronostic de cette maladie n'est pas grave : en général on peut guérir, avec ou sans opération. En effet, l'hydrocèle abandonnée à elle-même peut disparaître spontanément, surtout celle qui communique avec le péritoine; on vient en aide à la cure par des lotions plus ou moins toniques et par l'usage d'un suspensoir.

Traitement. — Des compresses imbibées de gros vin, dans lequel on met infuser des roses de Provins, peuvent être appliquées avec avantage sur les bourses, en les soutenant avec un suspensoir; un autre topique m'a réussi quelquefois, c'est la teinture de digitale avec moitié eau. Les compresses imbibées de ces substances, appliquées pendant quinze jours ou trois semaines, ont fait résorber le liquide; mais il faut ne compter que secondairement sur ces moyens. Il n'en est pas de même de l'opération.

Opération. — Chez l'enfant, comme chez l'adulte, on peut faire l'opération palliative et l'opération curative. Je dois dire que chez les uns et les autres j'ai quelquefois fait, sans avoir de récidive, la simple ponction, et je crois qu'il n'y a aucun inconvénient à commencer par là. S'il y a récidive, alors on peut songer à l'injection, qui constitue le traitement curatif.

Pour préparer le malade à cette opération, nous conseillons seulement qu'on le tienne le matin à la diète, et nous procédons de la manière suivante :

Le malade est couché sur le dos, des aides le tiennent les cuisses écartées, et le chirurgien constate de nouveau la fluctuation et la

transparence. Après s'être bien rendu compte de la place où est le testicule, il saisit la tumeur de la main gauche, fait une ponction en avant, de manière à arriver dans la cavité de la tunique vaginale sans aller toucher la glande séminale. Nous faisons cette ponction de préférence avec un instrument plat : de cette manière le trocart est terminé par une pointe lancéolée, qui peut pénétrer lentement comme une lancette, et sans prendre d'élan, comme on le fait avec l'instrument ordinaire. On pique juste où l'on veut, doucement et sans secousse. Le trocart étant retiré, la canule donne écoulement au liquide, et peut être enfoncée profondément pour ne pas quitter la tunique vaginale ; alors on fait l'injection avec le liquide dont on a fait choix. Il y a plus de douze années que nous avons abandonné le vin, et même la teinture d'iode ; nous ne mettons plus en usage que l'alcool à 36 degrés et à froid. Nous faisons pénétrer assez de liquide pour que la tumeur revienne au volume où elle était avant la ponction ; nous le laissons séjourner deux ou trois minutes, puis nous laissons écouler par la canule l'alcool, et nous ne nous attachons pas à en faire sortir la totalité ; nous en laissons même une petite quantité, et cela sans danger pour le malade. La canule est retirée, et le petit patient reste au lit sans que nous fassions aucune application sur les bourses.

Par ce procédé nous provoquons moins de douleur qu'avec le vin et qu'avec la teinture d'iode, — l'inflammation, sans être intense, est toujours suffisante.

Le lendemain de l'opération, s'il y a peu de tuméfaction, nous permettons au malade de se lever et de se promener dans la chambre ; s'il y a un peu de gonflement et de la sensibilité, nous le maintenons au lit et lui faisons appliquer un suspensoir ; enfin la tumeur augmente peu à peu de volume, pour revenir presque à celui qu'elle présentait avant l'opération ; nous la couvrons quelquefois de compresses imbibées d'eau aiguisée d'un peu d'eau-de-vie camphrée, ou bien d'alcool simple ; le tout est maintenu avec un suspensoir. Enfin, avant la fin du second septenaire, la tumeur a diminué graduellement, les choses reviennent à l'état normal, et le malade est guéri.

Nous avons eu très-rarement des accidents inflammatoires ayant nécessité des bains, des applications émollientes. Sur plus de cent opérations, nous n'avons pas encore observé de récidive.

Nous devons ajouter que dans les cas où nous constatons, avant l'opération ou même après la ponction, que le testicule est tuméfié, surtout si l'individu est scrofuleux, au lieu de l'alcool pur, nous

injectons de préférence la teinture alcoolique d'iode (un tiers de teinture sur deux tiers d'eau).

Quelquefois nous avons vu l'hydrocèle avec une et deux cloisons ; dans ce cas, nous avons traversé successivement les cloisons avec le trocart, et nous avons passé un séton de deux ou trois fils de soie à travers les cloisons ; après trois ou quatre jours, nous avons retiré le séton, et nous avons toujours guéri nos petits malades. Lorsque ce moyen détermine trop d'inflammation, nous prescrivons des grands bains et nous faisons appliquer des cataplasmes sans enlever de suite le séton, que nous retirons seulement lorsqu'il y a un gonflement convenable et suffisant, avec sensibilité. Des applications de compresses imbibées de liquide résolutif complètent la guérison.

De l'hydrocèle communiquant avec l'abdomen. — Cette hydrocèle se rencontre souvent. Ses causes sont obscures : on doit dire qu'il est probable que très-souvent elle se développe dans le sein de la mère, avant sept mois de conception, époque à laquelle le testicule n'est pas descendu dans la tunique vaginale ; c'est ce qui fait qu'on l'appelle hydrocèle *congénitale*.

Les symptômes sont évidents. La tumeur est molle, sans changement de couleur à la peau, fluctuante ; en la pressant plus ou moins, comme si l'on voulait réduire une hernie, on arrive à faire rentrer le liquide, et on a une sensation particulière sous les doigts, d'un liquide, et non de gaz. La rentrée du liquide se fait quelquefois avec beaucoup de facilité ; d'autres fois il faut une pression assez longtemps prolongée, cela dépend de la dimension de l'ouverture de communication, qui est si petite, qu'on pourrait croire à une hydrocèle ne communiquant pas avec le péritoine. Il arrive souvent que cette espèce d'hydrocèle rentre complétement pendant que les enfants sont couchés et qu'elle reparaît lorsqu'ils se lèvent et qu'on les met sur leurs pieds.

Traitement. — Nous avons vu ces hydrocèles se résorber, guérir avec le temps et par l'usage d'un simple suspensoir, d'autres fois avec un bandage herniaire appliqué avec beaucoup de soin, et bien surveillé par les parents, qui doivent s'efforcer de ne pas laisser filer le liquide par l'ouverture de communication. On a vu de ces hydrocèles guérir ainsi.

Cependant, en général, il faut en venir soit à l'opération palliative par la simple ponction, et cela suffit souvent ; soit à la ponction avec injection d'un liquide, comme dans l'hydrocèle déjà décrite ; seulement il faut ne se décider à l'injection qu'après une ou deux ponctions palliatives.

Enfin, quand on doit injecter de l'alcool, il faut faire exercer avec beaucoup de soin la compression sur l'anneau inguinal pendant qu'on pousse le liquide. Cette opération doit être exécutée avec une grande lenteur, afin de ne pas faire passer l'injection dans le péritoine. Je dirai pourtant qu'un jour, croyant opérer une hydrocèle ne communiquant pas avec l'abdomen, parce que l'ouverture était extrêmement étroite, j'ai injecté au moins 20 grammes d'alcool sans produire aucun accident, quoique cette injection ait pénétré dans l'abdomen.

Cependant il faut être très-attentif à éviter le passage du liquide dans le péritoine, et, pour cela, exercer dans tous les cas une compression sur l'anneau inguinal externe.

De l'hydrocèle enkystée. — L'hydrocèle enkystée consiste dans une petite tumeur plus ou moins volumineuse développée le long du cordon. Elle est sans changement de couleur à la peau, fluctuante, transparente, plus ou moins résistante, glisse assez facilement entre les doigts qui la pressent, descend quand on cherche à abaisser le testicule et, dès qu'on la quitte, remonte vers l'anneau; preuve qu'elle tient évidemment au cordon du testicule.

Cette tumeur se développe sans causes connues, ne détermine pas de douleur, reste longtemps stationnaire, augmente quelquefois de volume; elle ne se termine jamais d'une manière fâcheuse.

On ne la confondra pas chez l'enfant avec une varice, car je n'ai pas eu occasion de rencontrer de dilatations veineuses dans le bas âge, pas plus que d'hémorrhoïdes. On ne la confondra pas davantage avec une hernie, puisqu'elle ne rentre pas dans l'abdomen.

Il faut être averti qu'on a renconté dans cette région des faux germes enkystés, tumeurs très-rares ayant des caractères spéciaux, la non-transparence, par exemple.

Dans l'hydrocèle enkystée, l'injection d'alcool nous a suffi le plus souvent pour obtenir la guérison. Un petit séton, passé comme dans un abcès, nous a donné aussi de bons résultats, sans inflammation très-intense et sans récidive.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Formule d'une mixture de magnésie hydratée.

Lorsqu'il eut été reconnu par M. Gobley que la magnésie, calcinée avec précaution, se combinait à l'eau plus facilement qu'on n'aurait pu le supposer, il devint fort probable qu'elle n'agissait

jamais sans s'hydrater d'abord aux dépens de l'eau dans laquelle on la délayait. M. Miahle a même attribué certains symptômes pénibles, qui peuvent suivre l'ingestion de la magnésie, au dessèchement de la muqueuse, conséquence de son hydratation dans l'estomac. Cette considération l'a conduit à formuler sa médecine blanche, qui réunit certainement toutes les qualités d'un bon purgatif magnésien. L'expérience a donc montré que la magnésie dans toutes ses applications doit être employée à l'état d'hydrate, ce qui m'a engagé à étudier la préparation de ce composé. J'ai fait connaître, il y a trois ans, un procédé qui permet de l'obtenir sous la forme d'une poudre blanche tout à fait semblable par l'aspect à la magnésie elle-même. Depuis, il m'a semblé qu'il y aurait avantage à ne pas le dessécher, pour lui conserver l'état presque gélatineux qu'il possède au moment de sa préparation, suivant la tendance très-rationnelle qui porte depuis quelques années les thérapeutistes à employer encore humides les médicaments obtenus par voie de précipitation chimique, tels que le sulfure et l'oxyde de fer, le sous-nitrate de bismuth, parce que les précipités gélatineux, n'ayant que fort peu de cohésion, subissent très-facilement les réactions chimiques, quelles qu'elles soient, qui doivent les dissoudre au sein de l'organisme.

En ajoutant à l'hydrate de magnésie encore humide une proportion convenable de sucre, on obtient un mélange qui a la consistance du miel, et se conserve fort longtemps sans se séparer. Ce médicament, que l'on pourrait nommer *mixture de magnésie hydratée*, est véritablement officinal; il peut se préparer à l'avance, et les personnes qui en font habituellement usage, soit comme digestif, soit comme laxatif, n'ont pas à craindre de le voir s'altérer entre leurs mains.

Les proportions que j'ai adoptées sont telles que le mélange contient un dixième de son poids de magnésie. Une pleine cuillerée à café représente 50 à 75 centigrammes de cette base et une cuillerée à bouche de 2 à 3 grammes; de sorte *qu'en poids* la mixture magnésienne doit se prescrire à dose *décuple*, et *en volume* à *même dose* que la magnésie calcinée des officines. Elle se prend délayée dans de l'eau pure ou aromatisée, dans du lait, du chocolat, etc. Pour la préparer, il faut suivre très-exactement les indications suivantes :

Prenez : magnésie calcinée légère, 200 grammes.

Faites bouillir dans vingt fois environ son poids d'eau jusqu'à hydratation complète. Jetez sur une toile, laissez égoutter, et

exprimez très-fortement à l'aide d'une bonne presse. Pesez le gâteau d'hydrate, et introduisez-le dans un grand mortier de marbre avec assez d'eau pour que le tout pèse 880 grammes. Mélangez peu à peu :

Sucre grossièrement pulvérisé, 1120 grammes.

Agitez souvent le mélange pendant plusieurs heures, jusqu'à ce que le sucre soit complétement dissous dans l'eau adhérente à l'hydrate. Am. Vée.

Encore un mot sur les semences de citrouille.

Les semences de citrouille ont décidément pris rang dans la matière médicale. Chaque jour les médecins de province les prescrivent à leurs malades ; il en résulté que les pharmaciens qui n'ont pu en récolter en assez grande provision sont forcés de les faire venir de Paris.

On trouve aujourd'hui dans le commerce de la droguerie les semences de citrouille mondées de leur péricarpe ; le fruit, dans cet état, a une couleur verte ou blanche, selon que sa maturité a été plus ou moins complète. De cette variété de nuances, il en résulte souvent de nombreuses réclamations de la part des pharmaciens, qui ne regardent pas comme mondés les fruits dont la surface est colorée en vert ; ils les veulent blancs et nets, absolument comme les cotylédons du fruit de *l'amydalus communis*, mondés de leurs pellicules Pour faire cesser à l'avenir toutes ces contestations, plusieurs droguistes nous prient de résoudre la question suivante :

Les semences de citrouille dont les fruits ont conservé leur enveloppe verte peuvent-elles être considérées comme mondées, propres à être employées comme ténifuges ? Nous répondons oui ; le pharmacien doit les accepter.

Jussien, Achille Richard, Robert Brown, Turpin, Malpighi, Gœrtner et beaucoup d'autres botanistes ont si bien décrit la structure de la graine en général, que nous ne croyons pas devoir en parler ; cependant nous dirons que les semences des cucurbitacées varient dans leurs couleurs et leurs grosseurs ; elles sont composées extérieurement d'un fénicule ou couche arilloïde produite par une expansion du placenta, d'une enveloppe dure appelée *testa ;* dans le testa est la semence ou fruit ; il est recouvert d'un tegment verdâtre presque entièrement composé de chlorophylle.

Stanislas Martin.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

De l'eau-de-vie dans la phthisie.

Les circonstances dans lesquelles il m'est donné de suivre des tuberculeux sont trop rares pour que j'aie eu la prétention, dans la note adressée à l'Académie des sciences le 14 janvier dernier, de traiter à fond et à l'aide de nombreuses observations la question du régime alcoolique dans la phthisie. L'extrait de ma communication inséré dans le compte rendu indiquait très-nettement l'origine et les prétentions d'une médication facile à expérimenter ; aussi avais-je jugé inutile de publier la note qu'il résumait. Aujourd'hui, cependant, que des observations qui me sont étrangères commencent à être publiées, je crois opportun de revenir sur le côté pratique de la question, et vous adresse, avec ma note primitive, les documents que j'ai pu me procurer.

Voici d'abord la communication faite à l'Académie des sciences :

« On sait qu'à une époque ordinairement rapprochée du début des accidents qui font diagnostiquer la phthisie, les repas sont suivis d'accès de toux qui amènent des vomissements. Dans les circonstances où j'ai été appelé à donner des soins à des phthisiques, mon attention s'était portée sur ces vomissements, dont l'importance me paraissait grande en raison de l'obstacle qu'ils apportent à l'alimentation ; il me semblait impossible qu'ils ne contribuassent pas, pour une très-large part, à la marche rapide et pénible des accidents. Ayant rarement aujourd'hui l'occasion de suivre des phthisiques, je crois ne devoir pas tarder à faire connaître la médication que je me suis trouvé conduit à opposer à ces vomissements, médication qui me paraît, dès à présent, devoir rendre de grands services dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

« L'emploi de l'eau-de-vie n'a pas été, de ma part, une tentative absolument empirique. J'avais assisté, en effet, dans le laboratoire du collége de France, aux expériences instituées par M. Claude Bernard dans le but d'étudier comparativement les actions physiologiques de l'alcool et de l'éther. Chez un chien dans l'estomac duquel on a, après son repas, injecté de l'eau-de-vie, la digestion stomacale est arrêtée pour un temps assez long. Est-ce par suite d'une action directe sur les glandes? n'est-ce pas plutôt par suite d'une paralysie passagère du système nerveux ? Et, dans ce cas, ne faut-il pas admettre que les phénomènes réflexes de sécrétion sont empêchés par une paralysie de l'appareil nerveux sensitif?

« Regardant cette dernière hypothèse, en rapport avec ce qu'on sait déjà des effets anesthésiques de l'alcool, comme la plus probable; considérant, d'autre part, que la présence dans l'estomac d'aliments récemment ingérés constitue vraisemblablement la cause d'excitation qui provoque chez les phthisiques la toux et les vomissements, je songeai, au risque de retarder la digestion stomacale, à insensibiliser l'estomac pour éviter les phénomènes convulsifs réflexes liés à la conservation, peut-être même à l'exaltation de sa sensibilité.

« L'eau-de-vie était dès lors le premier médicament à essayer. Les résultats que j'en ai obtenus m'engagent à en recommander vivement l'emploi, quelles que soient d'ailleurs les explications qu'on doive substituer ou ajouter aux vues théoriques d'où je suis parti.

« *Obs. I.* Mme C***, couturière, trente ans environ. Phthisie, fièvre hectique, marasme extrême, ne quittait plus le lit depuis quinze jours (juin 1862). Les vomissements survenaient après chaque tentative de repas et empêchaient toute alimentation. Je prescrivis un petit verre d'eau-de-vie matin et soir, après avoir mangé. Cessation des vomissements; diminution de la fièvre et des sueurs; meilleur sommeil; retour des forces. Au bout d'une semaine, Mme C*** put se lever, travailler un peu, et même faire quelques courses. Le mieux se soutenait quinze jours plus tard, lorsque je trouvai la malade en train de se faire magnétiser; je n'y retournai plus.

« *Obs. II.* Mlle X***, trente ans environ, a toujours été dysménorrhéique. Depuis d'abondantes hémoptysies qui datent de deux ans et demi, il est survenu un amaigrissement considérable; crachats, sueurs nocturnes, etc.; le diagnostic physique de la tuberculose pulmonaire a été fait par un médecin distingué des hôpitaux. En même temps que l'état général s'aggravait, la menstruation diminuait de quantité et devenait de plus en plus douloureuse. Le traitement de la dysménorrhée par la faradisation utérine fit cesser les douleurs et augmenta la quantité des règles; cependant, malgré le mieux être qui en résulta, les vomissements persistèrent, revenant chaque fois que la malade avait mangé, et douloureux au point que Mlle X*** évitait de prendre des aliments jusqu'à souffrir de la faim.

« Eau-de-vie après les repas. Cessation des vomissements; diminution considérable de la toux et des sueurs; retour des forces. La malade, qui suit ce régime depuis moins de trois mois, se trouve aujourd'hui dans un état relativement brillant.

« Mlle X*** m'a raconté qu'elle a toujours vu son père, aujourd'hui

fort âgé, boire en se couchant un petit verre d'eau-de-vie ou de genièvre pour ne pas tousser la nuit.

« *Obs. III.* Mlle X***, vingt ans, fille d'une mère morte phthisique à vingt-quatre ans. Je l'ai traitée avec succès, il y a dix-huit mois environ, pour une aménorrhée datant de treize mois et qui, depuis deux mois, se compliquait d'épistaxis quotidiennes, de vertiges, de gastralgie. Elle présente aujourd'hui tous les signes rationnels et physiques d'une tuberculose du sommet droit à la période de ramollissement. Depuis six semaines elle est au régime de l'eau-de-vie, qui a fait cesser ses vomissements, diminué ses sueurs, et lui a rendu le sommeil et des forces.

« L'utilité de l'eau-de-vie contre les vomissements des phthisiques m'étant démontrée, une autre question se posait : Ne risque-t-on pas, par cette médication, d'aggraver l'état général du malade ? Le moyen qui permet d'obtenir la cessation d'accidents pénibles n'est-il pas de nature à abréger l'existence par l'obstacle qu'il apporterait à la manifestation d'efforts salutaires, spontanés ou provoqués ?

« Les recherches que j'ai faites à ce sujet dans les auteurs étaient peu encourageantes. Tous ceux que j'ai consultés proscrivent les alcooliques dans la phthisie. Cependant aucun n'en donne une bonne raison ; et la proscription des alcooliques m'a paru une de ces formules banales qui, comme la recommandation du vin de Bordeaux aux convalescents, ayant été émises une fois par distraction, sont machinalement répétées pendant un siècle. Tous les phthisiques ne supportent pas bien le vin rouge ; beaucoup ne l'aiment pas, au moins passagèrement ; chez quelques-uns, chez le plus grand nombre peut-être, son ingestion provoque la toux. Je ne sache pas qu'on ait essayé comparativement le vin blanc ; peut-être serait-il mieux supporté. Quoi qu'il en soit, l'eau-de-vie n'est pas l'objet des mêmes répugnances, et elle ne présente pas les inconvénients du vin rouge, inconvénients qui doivent être vraisemblablement attribués ou à la proportion notable de tannin qu'il renferme, ou plutôt à son acidité.

« En interrogeant mes souvenirs et ceux de quelques amis, je n'ai pas trouvé d'ivrognes phthisiques, tandis que je vois des phthisiques ivrognes ou simplement buveurs d'alcool parcourir les phases de leur maladie avec une lenteur telle que celui qui ne les a pas auscultés se demande parfois s'il n'y a pas eu, au début, une erreur de diagnostic. Il faudrait, pour se faire sur ce point une opinion un peu probable, faire appel à l'expérience des médecins anglais ou américains.

« Enfin, les résultats peu nombreux mais parfaitement nets que j'ai obtenus, me paraissent de nature à faire cesser les hésitations de la circonspection la plus ombrageuse.

« Les balsamiques et les préparations cyaniques sont au nombre des remèdes qui ont été vantés contre la phthisie. Il y aurait là une raison d'expérimenter comparativement l'eau-de-vie, le genièvre et le kirsch. »

Peu de jours après la communication à l'Académie des sciences de la note qui précède, parut dans *Allgemeine Wiener medizinische Zeitung* (26 janvier) une note de M. le docteur Jos. Kempf, de Huszt-Kroneustadt, sur le *traitement de la tuberculose pulmonaire par l'alcool* (rhum). Ici, l'utilité des alcooliques ayant été établie d'abord empiriquement est ensuite expliquée par des vues théoriques sur la désoxydation du sang. Voici la note de M. J. Kempf :

« En 1853, envoyé comme médecin en chef à l'hôpital Louis, de Pesth, j'eus le regret de laisser dans une position regardée comme désespérée un de mes meilleurs camarades, le docteur Dallos, atteint de tuberculose pulmonaire.

« Quatre ans après, en 1857, à l'ambulance de Groswardein, un médecin de régiment m'aborda en me disant : « Me reconnais-tu ? — Non. — Je suis le docteur Dallos. » Je n'en croyais pas mes yeux : ce phthisique que je croyais mort depuis longtemps était devant moi, plein de santé.

« Je le pressai de questions, et voici ce qu'il me raconta : « Ainsi « que tu peux te le rappeler, le docteur Dolezal était aussi atteint « de tuberculose pulmonaire ; se considérant comme perdu, il partit « pour Java. A bord du vaisseau, dont l'équipage était anglais, il « fut frappé de ce fait que, malgré l'influence fâcheuse de la mer, « des orages et des fatigues[1], malgré la fréquence de la phthisie chez « les Anglais, aucun des hommes de l'équipage n'était tubercu- « leux. Cherchant la cause de cette immunité, le docteur Donzal « en vint à l'attribuer à l'abus du rhum ; dans cette conviction, il

---

(1) L'opinion de M. le docteur Dolezal sur l'influence des fatigues pourrait bien n'être pas exacte.

Un de mes cousins, officier d'état-major à l'armée d'Afrique, est plusieurs fois parti extrêmement malade pour des expéditions d'où je l'ai toujours vu revenir fort et bien portant. Il a succombé, moins d'un an après son retour en France, à une phthisie pulmonaire sur laquelle la vie pénible des camps avait paru exercer une influence bien plus avantageuse que le simple séjour en Algérie. Les alcooliques avaient été défendus à ce malade, qui s'en abstenait sévèrement.

A. T.

« se mit à en boire, arriva à Java et vécut. » Le docteur Dallos, qui était en correspondance avec lui, en fit autant, s'abstint de tout autre médicament et guérit.

« Après cette communication de mon cher camarade, je n'eus pas de repos avant d'avoir expliqué ces deux faits de guérison empirique par le rhum, à l'aide de données scientifiques et des lois physiologiques. La relation qui existe dans ces cas entre la condition morbide et le résultat thérapeutique me paraît d'ailleurs pouvoir être comprise; et je n'hésite pas à voir dans l'introduction de l'alcool dans le sang le seul moyen de guérison de la phthisie au premier degré et au début du second.

« D'après Rokitansky et Engel, la dyscrasie tuberculeuse dépend de la *crase fibrineuse du sang*. Je me représente les tubercules comme de la fibrine coagulée ; et, comme le principe prédominant de la fibrine est l'oxygène, on est en droit d'admettre que le sang dans dans lequel l'oxygène prédomine sur le carbone est dans une condition spécialement favorable à la formation des tubercules pulmonaires. En dehors de toute raison morphologique, cette manière de voir est appuyée surtout par deux circonstances remarquables : 1° la tuberculose apparaît principalement dans l'adolescence, alors que l'oxydation du sang se fait avec le plus d'énergie, et souvent après des pneumonies ; 2° dans les districts les plus sauvages des montagnes, comme dans le comitat de Bihar, en Romanie; et dans les Alpes de Marmaros, en Ruthénie, on n'a, malgré un climat froid, des travaux pénibles, des vêtements insuffisants, une grande misère, que très-rarement occasion d'observer la tuberculose pulmonaire ; cela ne peut être attribué qu'à l'usage excessif de l'alcool. Il y a donc lieu, en raison de la prédominance de l'oxygène dans le sang, d'y faire entrer du carbone ; et comme l'alcool est un hydrogène carboné, très-agréable et très pur sous forme de rhum, il faut donner du rhum.

« Me fondant sur les faits qui précèdent et sur l'explication que j'en viens de donner, j'ai guéri à Groswardein, entre autres malades, MM. Aloïs de Szabo et Kuma, employés du gouvernement. Comme moyens secondaires, j'ai employé l'extrait éthéré de nicotiane, la morphine, l'acétate de plomb et le sulfate de quinine.

« Un cas très-remarquable est celui d'un nommé Pulker, jardinier en chef de l'évêché de Groswardein, tuberculeux au plus haut degré et présentant des cavernes de la dimension d'un écu ; plusieurs fois il était tombé dans la rue, suffoqué par des accès d'asthme. Après avoir consulté plusieurs médecins, moi entre autres, il abandonna

tout traitement, se mit à boire des spiritueux (eau-de-vie de prunes, rhum, bière, vin) en grande quantité et à fumer beaucoup de cigares. Il guérit. »

D[r] A. Tripier.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de la pneumonie, par M. A. Grisolle, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, président, pour 1864, de l'Académie impériale de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu et du lycée impérial Napoléon, membre du Conseil de surveillance de l'assistance publique, officier de la Légion d'honneur; 2e édit., refondue et considérablement augmentée.

M. le professeur Grisolle est du petit nombre des hommes qui, arrivés au faîte des honneurs auxquels on peut parvenir par la voie étroite de la médecine, ne croient pas devoir se reposer à l'ombre de leurs lauriers avant que la vieillesse leur ait fait de légitimes loisirs. Malgré les charges d'un professorat effectif, d'une pratique nosocomiale assidue et d'un exercice professionnel étendu, il sait encore trouver le temps de suivre, dans sa laborieuse évolution, le mouvement de la science contemporaine et d'en consigner les progrès dans les deux principaux ouvrages qui portent son nom, et dont les éditions successives témoignent hautement en quelle estime ils sont tenus dans le monde médical.

L'ouvrage que vient de rééditer le laborieux professeur de thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris, le *Traité de la pneumonie*, semblait, par le cadre étroit où il se renferme, se prêter moins que le *Traité de pathologie interne*, à des développements qui en fissent comme un nouvel ouvrage où la science d'il y a vingt ans dût être sérieusement corrigée. Assurément, il n'est guère de maladie qui, depuis l'immortelle découverte de notre Laennec, semblât plus solidement fixée et dans l'histoire de son étiologie et dans celle de ses symptômes, et même dans sa thérapeutique, que la pneumonie; et pourtant, telle est, nous ne dirons pas l'instabilité, cela serait trop mal sonnant, mais la perfectibilité de la médecine, dans les questions mêmes, où le plus de lumières ont été accumulées, que l'histoire de cette maladie, qui semblait faite, a pu être utilement remaniée dans plusieurs de ses principales parties. Comme depuis longtemps la fortune de ce livre est faite, et que, après avoir reçu la double sanction de l'Institut et de l'Académie de médecine, il a été accepté dans le monde médical comme la plus complète monographie de la grave maladie dont il traite, nous n'avons point à redire ici l'excellent esprit dans lequel il a été conçu et exécuté ; nous nous conten-

terons de marquer d'un trait rapide quelques-unes des pages nombreuses qui portent l'empreinte non douteuse d'un progrès réel, accompli depuis quelque vingt ans dans l'histoire d'une des maladies les plus communes du cadre nosologique.

Il faudrait entrer dans des détails, auxquels se prête mal une simple notice bibliographique, pour signaler les progrès accomplis pendant ces dernières années dans l'étude anatomo-pathologique de la pneumonie, progrès dus surtout aux recherches microscopiques, et que M. le professeur Grisolle constate soigneusement dans cette nouvelle édition de son livre ; nous préférons tout d'abord appeler l'attention des médecins sur quelques enseignements nouveaux relatifs à l'étiologie de l'inflammation du parenchyme pulmonaire, qui sont largement développés dans l'ouvrage de l'auteur, et qu'il doit surtout à l'obligeance de deux médecins de la marine, MM. Leroy de Méricourt et Rochard. Voici la principale conclusion qui ressort, au sens de M. Grisolle, d'une masse considérable de documents qu'il a pu consulter, c'est que, sous les latitudes extrêmes, sous les tropiques, et surtout dans les régions polaires, la maladie est rare ou presque inconnue. Chose étrange ! les simples bronchites seraient loin de suivre les mêmes lois géographiques : là où la pneumonie est rare, la bronchite peut se montrer fréquente, *et vice versa*. Il en est encore ainsi de la phthisie. Suivant M. Rufz, par exemple, pendant que l'inflammation pulmonaire est rare à la Martinique, la tuberculose y est, au contraire, très-fréquente. Ce sont là assurément des enseignements que la science doit s'empresser de recueillir, car ces enseignements peuvent utilement nous éclairer sur la nature de quelques maladies, de la phthisie, par exemple ; mais, en tenant compte des conditions où les recherches dont on argumente ici ont été recueillies, ces observations pèsent-elles autant dans la balance d'une science sévère que celles qui ont été faites à loisir, si je puis ainsi dire, dans les hôpitaux de Paris, de Londres ou de Berlin ? Soyez sûrs que, sur plus d'un de ces points, il y aura des corrections à faire, quand, la vapeur aidant, l'espace s'effacera davantage, et que des observations plus nombreuses pourront être faites sur les climats les plus différents. Mais comme en toute chose il faut commencer, M. Grisolle a fait une chose utile en consignant dans son livre ces résultats intéressants, dussent-ils ne conduire maintenant qu'à des conclusions provisoires.

Nous aurions également à signaler quelques additions heureuses consignées dans la nouvelle édition du *Traité de la pneumonie*, et relatives à la symptomatologie ; mais il faudrait, comme pour l'anato-

mie pathologique, entrer ici dans des détails que ne comporte pas l'examen sommaire d'un livre dont il a été déjà question ici, et nous nous en abstiendrons : arrivons plutôt de suite à la conclusion la plus pratique d'un ouvrage de cet ordre, à la thérapeutique.

On sait qu'il nous est venu naguère d'outre-Rhin une hérésie thérapeutique bien grave relativement à la maladie dont nous nous occupons en ce moment ; cette hérésie consiste en la négation à peu près absolue de l'utilité de l'intervention de la médecine dans le traitement de la phlegmasie du parenchyme pulmonaire. L'éminent médecin de Paris discute cette question avec la gravité qu'on doit apporter en une matière si délicate, et s'élève avec une énergie indignée contre une conclusion que dément à chaque pas une expérience attentive. Est-ce à dire cependant que l'enseignement erroné du docteur Diett sur ce point, et auquel ont fait écho, à Stockholm, le professeur Magnus von Huss, et à Edimbourg, le professeur J.-H. Bennet ; est-ce à dire, répété-je, que cet enseignement, si erroné qu'il soit, n'ait laissé aucune trace dans le livre du professeur de thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris ? nous ne le pensons pas. A bien le lire, et sans collationner minutieusement le texte ancien avec le texte nouveau, nous pensons que M. Grisolle tend à faire un plus large crédit qu'il ne le faisait autrefois aux forces immanentes dans l'organisme vivant, pour arriver à la résolution de l'inflammation du parenchyme pulmonaire. Non certes qu'il ne pose nettement que, dans l'immense majorité des cas, il ne faille opposer au mal une médecine active, mais il nous semble incliner à se confier davantage à la réaction naturelle de l'économie pour arriver à ce résultat dans un certain nombre de cas simples où la maladie a peu d'étendue, et où la réaction morbide est médiocre, sans que ce silence relatif de l'organisme soit l'effet d'une adynamie réelle. Et en ceci encore, nous nous rangeons complétement de l'avis de notre savant auteur. L'expectation dans ces limites est à coup sûr la véritable sagesse de l'art. Quoi qu'il en soit à cet égard, qu'on lise cette sévère et substantielle discussion, et l'on sera immédiatement édifié sur une question dont on s'est beaucoup étonné, parce qu'on n'y était pas préparé parmi nous, bien que l'homœopathie, à la bien comprendre, l'eût déjà résolue dans le même sens que les médecins dont nous parlions tout à l'heure.

Il est encore une indication dans le traitement de la maladie, à une autre période de son évolution, que M. Grisolle nous semble saisir aujourd'hui plus nettement qu'il ne le faisait autrefois et à laquelle il incline à obéir plus hardiment ; c'est celle des toniques ou

de l'alimentation. Nous ne parlons point ici de ces pneumonies adynamiques où ceci ne peut faire question, mais des pneumonies communes, des pneumonies de tous les jours, si nous pouvons ainsi dire, et dont on hâte évidemment la résolution, quand elles s'endorment dans le second degré, en nourrissant légèrement les malades et en leur donnant du vin. Le docteur Chambers donne souvent un verre de vin de Porto avant de saigner ses malades, afin, dit-il, de les rendre plus solides. C'est là une pratique qui peut réussir en Angleterre, mais qui serait certainement funeste parmi nous : M. Grisolle la repousse. Toutefois, sans admettre cette méthode, il ne la réserve pas exclusivement pour les cas dont nous parlons tout d'abord : voici sa pensée sur ce point; qu'on nous permette de laisser un instant la parole à l'habile clinicien, pour ne pas nous exposer, en la traduisant, à la trahir. « Je ne parle, dit-il, que de la période la plus aiguë de la maladie, de celle qui commande l'emploi des antiphlogistiques ; mais lorsque l'hépatisation est généralisée ou complète et que les forces déclinent, il faut rendre la lutte possible en permettant quelques boissons nutritives, quelques stimulants, et nul ne saurait être préféré au vin. La plupart des médecins français sont généralement un peu trop timorés à la période de la maladie dont je parle; beaucoup s'obstinent encore sur les antimoniaux, dont l'action est épuisée ; ils s'évertuent à trouver des médicaments altérants capables de résoudre l'engorgement pulmonaire. Dans cette préoccupation, ils continuent la diète exténuante ; et cependant, ce qu'il y aurait de plus utile à faire alors, ce serait de soutenir les forces dans de justes limites par le bouillon et le vin. »

Si nous ne craignions de nous laisser aller à la séduction qu'exerce toujours sur nous la parole tout à la fois honnête et limpide de l'illustre professeur de la Faculté de médecine de Paris, il nous serait facile de butiner dans cet ouvrage classique une foule d'autres remarques intéressantes dont la pratique de tous les jours pourrait faire son profit immédiatement ; mais il est une mesure dans les choses, *modus in rebus*. Nous nous arrêterons ici. Nous sommes convaincu que le peu que nous avons dit de cette nouvelle édition d'un livre dont la fortune est faite depuis longtemps, suffira pour la recommander aux médecins soucieux de se tenir au courant de la science; c'est l'unique but que nous nous sommes proposé d'atteindre en écrivant au courant de la plume cette sommaire notice.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Note sur la suture des nerfs. — L'étendue de la communication que M. le professeur Laugier vient de faire à l'Académie des sciences ne nous permettant pas de l'insérer dans la section du *Bulletin de Thérapeutique* consacrée aux travaux académiques, nous la reproduisons ici. Les faits cliniques sur lesquels s'appuient les conclusions du savant chirurgien, trouvent d'ailleurs leur place naturelle dans cette section du cadre de notre recueil. Voici cette note :

Je crois devoir communiquer à l'Académie des sciences le résultat de la suture du nerf médian, que j'ai faite le lundi 13 juin, sur un malade de mon service de l'Hôtel-Dieu, à la suite d'une blessure grave de l'avant-bras gauche.

Les deux artères radiale et cubitale, les musc les grand et petit palmaires, quelques faisceaux du fléchisseur superficiel des doigts, et de plus le nerf médian, avaient été complétement divisés en travers. Une hémorrhagie abondante décida M. Ledentu, interne du service, à pratiquer immédiatement la ligature des deux artères; mais le bout supérieur du nerf médian n'ayant pu être retrouvé dans la plaie, un premier pansement réunit les lambeaux de la peau par des points de suture séparés; puis la main fut placée sur un coussin dans la flexion sur l'avant-bras. C'est dans cet état que j'ai vu le blessé pour la première fois, le lundi 13 juin. L'hémorrhagie n'avait point reparu, mais il me fut facile de constater l'effet de la section complète du nerf médian, et incomplète du nerf radial, qui avait été coupé dans les deux tiers de son diamètre transversal, les deux bouts restant unis par une bandelette de tissu nerveux. La sensibilité avait disparu dans toutes les parties desservies par le nerf médian, c'est-à-dire dans toute l'étendue de la face palmaire des trois premiers doigts, pouce, index et médius, et jusqu'à la face externe de l'annulaire inclusivement. Elle avait cessé en partie seulement dans les points où le radial se répand à la main; ainsi, intacte sur la face dorsale du pouce et du premier espace interosseux, elle était nulle au niveau de l'index et de la moitié intérieure de la face dorsale du médius.

Les mouvements d'opposition du pouce étaient impossibles : je n'ai pas besoin de dire que ce mouvement d'opposition n'a pas été confondu avec celui d'adduction, qui avait trouvé son principe dans le nerf cubital.

Cette perte du mouvement d'opposition du pouce et de la sensibilité due au médian dans l'étendue indiquée me préoccupa aussitôt, et je pensai que s'il était possible de les rendre au blessé, il fallait agir immédiatement et faire la suture des deux bouts du nerf entièrement coupé ; la plaie fut rouverte par la section des fils qui réunissaient les lambeaux cutanés, et par l'extension de la main sur l'avant-bras ; le bout inférieur du médian, libre et flottant dans la plaie au-dessus du ligament annulaire du carpe, avait une longueur de 2 1/2 centimètres ; le bout supérieur n'était pas visible, il était sans doute remonté dans l'épaisseur du lambeau avec un faisceau coupé du muscle fléchisseur superficiel. Après quelques instants de recherches infructueuses, je vis bien que pour opérer la suture du nerf il fallait le découvrir par la dissection. Le blessé, qui comprenait l'utilité de cette opération, fut endormi par le chloroforme, et je fis une incision d'environ 6 centimètres sur la partie moyenne du lambeau, à partir de la plaie, le long de la face antérieure de l'avant-bras. Après la section longitudinale du muscle fléchisseur superficiel, le tronc du nerf médian se montra sous l'instrument.

Ce nerf saisi, je passai à travers la partie moyenne du bout supérieur, à 12 millimètres environ au-dessus de son extrémité libre, un fil de soie à l'aide d'une aiguille à staphyloraphie presque droite ; le bout inférieur fut traversé de la même manière avec le même fil, dont les deux chefs furent tirés, puis réunis par un double nœud, de façon que les deux surfaces de section du nerf fussent amenées au contact sans violence, et que les deux bouts du nerf fussent maintenus en place au-dessus et au-dessous de la plaie par le fil. Un des chefs du fil fut coupé, l'autre conduit dans l'angle interne de la solution de continuité des parties molles.

Le résultat de cette opération très-rare, presque inconnue hors du champ de la physiologie expérimentale, et contre laquelle même s'élèvent dans la pratique des objections théoriques très-sérieuses, telles que la crainte de douleurs vives et d'accidents nerveux redoutables, les convulsions et le tétanos, a dû être suivi par moi avec attention et une sorte d'anxiété. Eh bien, aucune douleur remarquable n'en a été la suite, aucun accident que l'on puisse rapporter à la suture du nerf n'a été observé. La fièvre traumatique, le gonflement et la rougeur de l'avant-bras n'ont point dépassé la mesure des phénomères généraux et locaux, que la blessure, indépendamment de la lésion du nerf, devait amener. Je n'ai donc pas à y insister, et je me hâte d'appeler l'attention de l'Académie sur l'effet

de la suture du nerf médian au point de vue si capital du retour de la sensibilité et des mouvements.

Dès le lundi soir, jour de l'opération, la sensibilité semble un peu rétablie dans les points où elle avait disparu ; le malade dit positivement sentir le contact des doigts ou de tout autre objet appliqué à la face palmaire des doigts paralysés du sentiment par la section du nerf médian, mais cette sensibilité est obtuse.

Mardi, le lendemain de la suture du nerf, le retour de la sensibilité est très-marqué ; il y a encore cependant une notable différence entre celle des deux mains et des parties de la main gauche desservies par le médian ou par le nerf cubital ; mais ce qui frappe surtout, c'est que le mouvement d'opposition du pouce se fait très-facilement.

Le mercredi et le jeudi matin, il y a accroissement de la sensibilité et des mouvements ; toutefois il est facile de constater le jeudi que certaines sensations ne sont pas perçues : la pointe d'une épingle pressée contre la face palmaire du médius ne détermine aucune douleur ; en appliquant, sur les parties de la face palmaire dont la sensibilité est altérée, un corps froid, comme une paire de ciseaux, le malade n'éprouve pas la sensation du froid que ce contact devrait produire : il rapporte d'ailleurs très-bien aux points touchés les impressions ressenties, de sorte que trois jours après la suture du nerf divisé, si la sensibilité tactile est revenue en grande partie, les sensations de douleur et de température ne sont pas perçues. Mais les progrès sont si rapides, que le vendredi, quatrième jour révolu depuis l'opération, la sensation de piqûre est obtuse, et celle de température est sensiblement manifeste.

Aujourd'hui lundi, huitième jour, tout le bénéfice de l'opération est conservé. Mais je laisse là ces détails, car les modifications de la sensibilité et des mouvements sont à l'étude, et d'autres variations dans le sens du progrès vers le retour complet des fonctions du nerf devront nécessairement encore être recueillies et notées jusqu'au rétablissement complet. Je prie maintenant l'Académie de me permettre de faire remarquer en quoi cette observation se rattache aux faits connus, et sous quels rapports elle en diffère, en y ajoutant des notions nouvelles. Des expérimentateurs habiles ont eu, dans leurs recherches sur les animaux, des résultats très-divers. Il en est qui n'ont pu obtenir, par la suture des nerfs coupés, le retour des fonctions : la sensibilité et le mouvement sont restés abolis ; mais en regard de ces insuccès, il faut rappeler surtout les opinions et les belles expériences de l'illustre secrétaire de l'Académie, M. Flourens,

qui, entre autre faits, obtint sur un coq la réunion par suture de deux nerfs de l'aile, qui, d'abord pendante et paralysée, reprit au bout de trois mois ses fonctions; à cette époque, la sensibilité était manifeste au-dessus et au-dessous de la section du nerf. Cette expérience ne laissait aucun doute sur la possibilité du rétablissement de la sensibilité et des mouvements après la section et la suture d'un nerf des membres; mais l'observation que j'ai l'honneur d'offrir à l'Académie démontre de plus que ce retour des fonctions sensitives et motrices peut avoir lieu dans un petit nombre d'heures, avec une étonnante précision. Cette différence tient-elle au procédé mis en usage pour la suture, ainsi qu'à l'immobilité plus facile à obtenir chez l'homme que sur les animaux? C'est ce que de nouvelles expériences apprendront. Je ne connais pas d'autre fait publié où le rétablissement des fonctions ait été aussi rapide après la suture du nerf. Cette suture, on peut le dire même, n'est point admise dans la pratique chirurgicale d'une manière générale. Les chirurgiens, un peu effrayés sur les conséquences de la présence de corps étrangers dans la substance des nerfs, ont préféré jusqu'ici attendre, en la favorisant par la situation des parties divisées, l'effet de la réunion médiate des bouts isolés du nerf par un tissu cicatriciel, dans l'épaisseur duquel, avec le temps, il s'est formé, ainsi que l'a démontré le microscope, des tubes nerveux en plus ou moins grand nombre. Un rétablissement lent et plus ou moins complet des fonctions est la suite de la production de ces tubes nerveux cicatriciels. C'est la question, controversée encore aujourd'hui, de la régénération des nerfs, qui diffère sensiblement de la réunion immédiate évidemment obtenue dans le fait rare que je présente aujourd'hui à l'appréciation de l'Académie.

Je viens de dire que je ne connais pas de fait semblable publié, mais je n'hésite pas à déclarer que je tiens d'une communication verbale de mon collègue, M. Nélaton, la connaissance d'une observation analogue, presque identique dans son résultat, quoique obtenue dans des circonstances un peu différentes. Après l'ablation d'un névrome du même nerf médian à la partie moyenne du bras, et la résection de ce nerf dans une longueur de 2 centimètres environ, il opéra la suture des deux bouts, et quarante-trois heures après, le retour de la sensibilité et des mouvements commençait à s'opérer. Comme dans le fait que j'observe en ce moment, il n'y eut ni douleur notable due à la présence du corps étranger passé dans l'épaisseur du nerf (c'était un fil métallique, et non un fil de soie comme chez mon malade), ni accident nerveux consécutif. Il me serait im-

possible de donner plus de détails au sujet du fait de M. Nélaton, qui, je l'espère, le publiera; mais je puis, ce me semble, pour la pratique chirurgicale à venir, faire ressortir l'importance des deux faits dans lesquels la suture immédiate a été si avantageuse, et tout à fait exempte d'accidents et de complications.

Je crois toutefois que, pour un succès aussi rapide, le choix du mode de suture n'est pas indifférent. Le procédé que j'ai préféré offre des avantages notables. Un fil passé à travers le nerf, à l'aide d'une aiguille dont les bords tranchants ont été engagés dans une direction parallèle aux tubes nerveux, les ménage le plus possible. Il en reste autour de lui un grand nombre qui n'en reçoivent aucune atteinte. Eloigné des surfaces de section du nerf simplement rapprochées au contact, il ne complique pas cette plaie de la présence d'un corps étranger, il n'y produit pas une inflammation plus vive, et laisse au courant nerveux toute sa liberté, puisqu'il favorise l'abouchement des tubes et ne s'interpose pas, en même temps qu'il offre aux bouts rapprochés un point d'appui en deux sens opposés.

Je ferai remarquer, d'autre part, combien chez le blessé que je traite la suture du nerf médian était indiquée et urgente : les deux artères radiale et cubitale avaient été coupées en travers et liées; malgré l'abondance des anastomoses entre les artères de l'avant-bras et de la main, quand les deux troncs principaux sont liés au même instant, la circulation est incontestablement plus compromise que si l'un des troncs seul est interrompu. De plus, ici, pour les doigts auxquels le nerf médian donne ses branches, l'innervation était suspendue, et peut-être la gangrène, au moins partielle, était-elle à redouter. C'est un des motifs qui m'ont engagé à opérer la suture du nerf.

D'autres questions intéressantes se rattacheront à ce cas de succès. Ce n'est pas, comme dans la régénération lente et à distance des nerfs, par la production de tubes nerveux nouveaux que la circulation nerveuse s'est rétablie; c'est par l'abouchement plus ou moins exact des tubes coupés qn'elle a repris ici son cours. Cependant il est probable que dans le petit nombre d'heures qu'il a fallu pour cela, une mince couche de lymphe coagulable a été sécrétée au niveau de la section des tubes. Cette lymphe est-elle conductrice de l'influence nerveuse, ou a-t-elle d'emblée présenté des lacunes qui ont permis la continuité de la partie fluide centrale ou moelle des tubes nerveux? Ce sont là des questions qui appellent des recherches microscopiques sur les animaux. La nature du travail que j'ai l'honneur d'offrir à l'Académie a d'ailleurs un autre caractère : il est

surtout de physiologie pathologique et d'intérêt chirurgical. Il a pour but de contribuer à établir un point de pratique peu connu, et dont l'art chirurgical paraissait plutôt s'éloigner, c'est-à-dire l'indication formelle de faire, dans les cas de section accidentelle, la suture des deux bouts du nerf coupé.

En résumé, le fait que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie prouve :

1° Qu'après la suture d'un nerf coupé, la sensibilité et les mouvements des parties auxquelles il se distribue peuvent se rétablir d'une manière très-notable en un petit nombre d'heures ;

2° Que ce rétablissement des fonctions est rapidement progressif;

3° Qu'il est successif, c'est-à-dire que la sensation tactile et les mouvements sont obtenus avant certaines sensations, par exemple celle de douleur et de température ;

4° Que la suture du nerf ne produit pas, du moins par le procédé que j'ai suivi et indiqué, de douleurs spéciales, ni nécessairement d'accidents nerveux graves, ce que du reste la ligature accidentelle de certains nerfs collatéraux des artères avait déjà prouvé ;

5° Qu'il faut admettre dans la pratique chirurgicale la suture des nerfs d'un volume notable, et dont la section intéresse la sensibilité et le mouvement de parties plus ou moins étendues.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Exemples des bons effets de l'oxyde de manganèse dans la gastralgie et la dyspepsie. Les observations du docteur Leared sur l'emploi du manganèse dans les affections de l'estomac, observations dont nous avons consigné les résultats dans une de nos dernières livraisons, ont engagé le docteur Goddard Rogers, médecin à West London hospital, à essayer ce médicament dans quelques cas de dyspepsie rebelle, dont voici une analyse sommaire.

Chez deux des sujets en question, outre la dyspepsie, il y avait des symptômes gastralgiques intenses. — Le premier, jeune femme mariée, de bonne mine, âgée de vingt-neuf ans, éprouvait depuis près de deux mois une vive douleur au creux de l'estomac, revenant après les repas et s'accompagnant fréquemment de vomissements, lorsqu'elle vint consulter à l'hôpital, vers le commencement de janvier dernier, après avoir essayé de divers remèdes qui ne lui avaient procuré qu'un soulagement passager. M. Rogers prescrivit l'oxyde de manganèse à la dose de 10 grains, trois fois dans la journée. Quelques jours s'étaient à peine écoulés, que les vomissements avaient disparu et la douleur avait diminué; celle-ci ne tarda pas à céder complétement à son tour, et la malade cessa de venir à l'hôpital au bout d'une vingtaine de jours, ne pouvant assez exprimer sa reconnaissance de sa guérison et du bien-être qu'elle éprouvait. — L'autre sujet, homme âgé de trente-quatre ans, se plaignait de symptômes tout semblables, pour lesquels il avait déjà été traité sans succès l'automne précédent, et qu'il attribuait à la bière dont il buvait trop abondamment, mais

sans avoir le courage d'y renoncer. Le manganèse lui fut administré à la dose de 10, puis de 15 grains, trois fois par jour, sans rien changer à son régime habituel. Venu à l'hôpital le 19 janvier, il arrêtait tout traitement le 9 février, se trouvant tout à fait bien, après avoir pris en tout soixante-deux doses de manganèse.

Dans le troisième cas, l'affection gastrique était sympathique d'une maladie utérine. Jeune femme de vingt ans, nerveuse de tempérament, affectée de leucorrhée, et ayant été opérée deux mois auparavant par M. Bird, dans le même hôpital, de végétations de l'urètre. Outre sa leucorrhée, elle accusait des douleurs hypogastriques, de l'inappétence, une soif considérable, une douleur constante à l'épigastre et des vomissements fréquents immédiatement après les repas. L'administration de l'oxyde de manganèse fut suivie d'une amélioration qui donnait lieu d'espérer une guérison prochaine.

Enfin dans le quatrième cas, qui rentre plus étroitement dans la catégorie de ceux décrits par Leared, il s'agit d'une blanchisseuse âgé de vingt-quatre ans, chez laquelle il existait une cardialgie constante, du pyrosis, un sentiment de malaise prononcé après chaque repas, dépendant, suivant toute apparence, d'une exaltation de la sensibilité de la muqueuse stomacale due soit à un état d'irritation des filets nerveux, soit à une sécrétion exagérée du suc gastrique accompagnée d'une augmentation de vascularité. La malade souffrait aussi de douleurs rhumatismales erratiques. Les fonctions utérines étaient régulières, il y avait de la constipation, la langue était sale. Le bismuth, les acides minéraux et les toniques amers furent essayés sans bons résultats; l'acide hydrocyanique et le bicarbonate de soude calmèrent un moment les symptômes, qui reparurent bientôt aussi pénibles. Le 15 janvier elle commença l'usage de l'oxyde de manganèse, à la dose de 10 grains trois fois par jour, et le continua jusqu'au 9 février, époque où elle était complétement guérie.

Nous ne nous dissimulons pas que les faits qui précèdent ne sont pas de ceux qui satisfont absolument l'esprit. Il manque dans ces observations plus d'un détail qui aurait eu son importance relativement aux indications à remplir, quand ce ne serait que l'état du sang, apprécié par l'auscultation des gros vaisseaux. Ne sait-on pas que, chez les chlorotiques, les ferrugineux ont guéri des affections gastriques analogues ? Le manganèse de son côté n'a-t-il pas été employé avec succès dans la chlorose ? Et n'y a-t-il pas dans ce rapprochement quelque chose dont il y a lieu de tenir compte au point de vue du mode d'action du médicament recommandé par M. Leared, et essayé, à son exemple, par M. Rogers dans ces quelques cas de dyspepsie plus ou moins pure ? Quoi qu'il en soit, il ne nous paraît pas douteux, d'après ces faits, tels qu'ils sont rapportés, que le manganèse ne soit susceptible de rendre des services dans certaines affections de l'estomac : mais il importe de les bien spécifier. Quant aux expériences à tenter dans cette voie, une condition les rend très-faciles et très-abordables, c'est le bon marché du médicament. (*Lancet*, mars 1864.)

Bons effets de l'essence de térébenthine dans la pourriture d'hôpital. La térébenthine, comme la plupart des produits résineux, est pourvue de propriétés antiputrides dès longtemps connues, dont la médecine humaine comme la vétérinaire ont tiré parti, et qu'il ne faut pas que les autres substances douées d'une action analogue fassent reléguer dans l'oubli. Le docteur Hachenberg, de l'armée fédérale des Etats-Unis, se loue beaucoup des services que lui a rendus cet agent dans les plaies affectées de cette forme de gangrène que nous appelons pourriture d'hôpital. En même temps qu'il administre à ses malades les toniques tant médicamenteux qu'alimentaires indiqués par leur état, il applique la térébenthine toutes les trois heures sur la surface entière de la plaie, après l'avoir convenablement nettoyée avec de l'eau tiède additionnée ou non de substances mondificatives ; dans les cas de clapiers, de trajets fistuleux, il y pousse également une injection de térébenthine ; existe-t-il quelque lambeau faisant obstacle à un contact suffisant, il l'excise. Ces applications, même lorsque la partie malade en a été parfaitement saturée, ne détermine que peu ou même point de douleur dans la plupart des cas. La seule précaution à prendre consiste à ne pas dépasser les limites de la plaie, à ne pas toucher la peau adjacente; autrement, et surtout lorsque les parties ne sont pas à l'air, il peut survenir de la dou-

leur, quelquefois une inflammation cutanée, sinon même de la vésication. Après que la térébenthine a été employée d'une manière régulière pendant quelques jours, le caractère de la plaie se modifie: les parties mortifiées s'éliminent, la suppuration devient louable, et il reste un fond net avec une tendance à un bourgeonnement actif. En même temps l'état général s'améliore, la fièvre tombe, l'appétit reparaît, la douleur cède, le sommeil revient, et la physionomie, l'aspect général expriment un mieux être prononcé.

Les propriétés de l'essence de térébenthine qui font de cet agent, selon M. Hachenberg, l'agent le plus précieux peut-être pour le traitement de la pourriture d'hôpital, sont les suivantes: 1° sa perméabilité; 2° son pouvoir dissolvant sur les tissus adipeux de la plaie; 3° ses effets topiques altérants, stimulants et sédatifs; 4° ses propriétés antizymotiques; 5° c'est un antiseptique et un styptique; 6° ce n'est pas un escharotique: l'essence de térébenthine ne détermine pas une escharification chimique immédiate, comme le font le brôme, l'acide nitrique et quelques autres agents qui souvent ont pour effet de laisser à la surface des plaies des tissus mortifiés et des produits de sécrétion viciés pendant un temps plus ou moins long. (*British med. journ.*, juillet 1864.)

Sur l'emploi de la poussière d'or et de la limaille de fer comme antidote du sublimé corrosif. On comprend sans peine la réaction que l'on se propose d'obtenir à l'aide de ce procédé; il doit se former un amalgame d'or et de mercure d'une part et de perchlorure de fer de l'autre. C'est un moyen de traitement qui a été d'abord proposé en Amérique par M. Buckler, qui a fait à ce sujet de nombreuses expériencessur des animaux. M. Johnston a eu le courage de l'employer une fois chez un homme qui avait avalé environ 3 grammes de sublimé corrosif. La guérison fut obtenue, précédée seulement d'une salivation énergique qui semblerait prouver au moins que l'amalgame d'or et de mercure n'est pas un corps inerte dans le tube digestif. Il faut du reste observer que chez l'individu dont il s'agit les vomissements avaient été très-fréquents à la suite de l'ingestion du poison, et que très-peu de temps après on avait administré du lait et du blanc d'œuf, circonstances qui, selon nous, ôtent à l'observation de M. Johnston toute signification précise. (*Amér. Journ.* et *Gaz. médicale*, juin 1864.)

Division du tendon d'Achille, réunion au moyen de la suture métallique. C'est le docteur Simmons, de Sacramento, qui rapporte ce cas, après l'avoir observé chez un homme qui eut le tendon d'Achille divisé dans toute son épaisseur à un pouce environ au-dessus de son insertion au calcanéum. Le bout supérieur s'était rétracté dans la gaîne jusqu'à une profondeur d'un pouce et quart; après avoir fléchi la jambe, le chirurgien l'alla saisir à cette profondeur avec de fortes pinces, et l'ayant attiré en bas, réunit les deux surfaces de la section au moyen d'une forte suture en fil d'argent; puis le membre fut placé et maintenu dans la position la plus favorable. Le fil métallique fut enlevé dès que la réunion parut suffisamment solide. Au bout d'un petit nombre de semaines, le blessé se trouva en état de marcher avec un soulier à talon élevé, à peu près sans douleur. A peine est-il resté un peu de roideur et, à la date où le fait a été publié, cet homme marchait librement, avec une claudication à peine sensible.

Le résultat a été dans ce cas aussi favorable que possible. Peut-être l'eût-on obtenu aussi satisfaisant par la position seule. Cependant il paraît pour le moins probable que la suture, en assurant un affrontement exact des bouts divisés, doit avoir contribué efficacement à amener la réunion dans les meilleures conditions possibles. On sait que la suture des tendons a été rejetée par plus d'un chirurgien: on lui a reproché de laisser dans la plaie des corps étrangers qui pouvaient être la cause d'inflammation et de suppuration et empêcher l'agglutination. Ces reproches pourraient-ils être adressés à la suture métallique? (*Pacif. med. and. chir. journ.*, et *British med. journ.*, juillet.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

De l'influence qu'exerce l'abondance des boissons sur l'engraissement et l'obésité. Nous avons mis récemment en relief le traitement adopté par M. Dancel pour combattre l'obésité chez l'homme, et qui repose spécialement sur l'abstinence des boissons. Ce médecin vient d'adresser à l'Académie des sciences une note dans laquelle il revient sur cette influence des boissons sur l'engraissement des animaux.

« En m'occupant de diminuer l'embonpoint exagéré chez les hommes, dit-il, j'ai remarqué que ceux qui se nourrissaient de substances peu riches en graisse et en éléments graisseux ne diminuaient pas lorsqu'ils buvaient beaucoup. Je fus amené à penser que l'eau et les substances aqueuses favorisaient l'engraissement. Il est surprenant que dans ces nombreuses expériences sur l'engraissement des animaux, faites avec de grandes précautions et beaucoup de précision, on n'ait jamais tenu compte de l'eau prise quelquefois en quantité considérable par les sujets soumis aux expériences. Cependant l'eau joue alors un très-grand rôle ; elle entre pour une part considérable dans cet engraissement, comme le prouvent des faits tels que ceux que je vais rapporter.

« Dans le régiment de la garde de Paris, il y a un cheval qui était maigre. Sur ma demande, M. Decroix, vétérinaire de ce régiment, fit l'expérience suivante : il diminua à cet animal sa ration d'avoine journalière de 1k,500, sans modifier la ration de paille et de foin ; il fit tenir constamment dans l'auge de l'eau à la disposition du sujet. On mettait dans cette eau, de temps en temps, un peu de son, dont le total chaque jour était de 500 grammes. Au début, le 22 mai dernier, le cheval pesait 512 kilogrammes ; le 5 juin, quinzième jour, 520 kilogrammes ; le 17 juin, 530 kilogrammes ; augmentation en vingt-sept jours, 18 kilogrammes. Les 500 grammes de son ajoutés au régime alimentaire n'ont pas remplacé le kilogramme 500 grammes d'avoine diminués, et cependant l'animal a engraissé.

« Dans le même régiment, il y a une jument qui était énormément grasse. Elle souffrait sous son cavalier. Ainsi que les hommes surchargés d'embonpoint, elle était en sueur aussitôt qu'elle faisait un exercice un peu prolongé. De même encore que chez les hommes obèses, ses excréments étaient plus liquides qu'à l'état ordinaire. De même enfin que les hommes obèses, elle buvait considérablement : elle absorbait 60 litres d'eau par jour. Le maréchal des logis qui la monte l'a réduite à 15 litres par jour, et depuis elle a perdu son gros ventre, elle n'a plus fienté comme les vaches, elle a acquis une vigueur, une force qu'elle n'avait pas, et qui lui permettent de faire son service sans suer, sans souffrir.

Traitement de l'anthrax par les incisions sous-cutanées. Depuis Dupuytren, dit M. Alph. Guérin, les incisions des anthrax ont passé dans la pratique générale et ont été journellement mises en pratique. Mais on n'a pas tardé à observer que la douleur occasionnée par ce traitement était extrêmement vive, ce qui a suggéré l'idée de recourir à l'expectation pour les cas où l'anthrax n'avait pas une étendue considérable. M. Nélaton a été le promoteur d'une pratique fondée sur ce précepte.

L'auteur est d'avis que les incisions sont le seul moyen d'arrêter les progrès du mal, et qu'il est des cas où des abcès se formant autour du tissu cellulaire gangréné, l'ouverture du foyer devient la principale ou plutôt la seule indication. Au début de l'anthrax il croit les incisions aussi nécessaires.

Pour pratiquer les incisions sous-cutanées, un bistouri à lame étroite est introduit par la partie culminante de l'anthrax, là où la peau commence à se sphacéler. L'instrument tranchant pénètre à travers l'anthrax et divise les tissus des parties profondes en allant vers la peau qui est respectée. Quatre incisions sous-cutanées en croix sont ainsi faites.

Grâce à ce procédé, nombre de fois la maladie a été arrêtée, et la guérison ne s'est pas fait longtemps attendre.

L'auteur fait valoir ensuite plusieurs raisons qui plaident en faveur de cette nouvelle méthode de traitement.

En premier lieu, les incisions sous-cutanées permettent d'éviter la douleur : l'expérience apprend que la peau est en général la partie la plus sensible sous le couteau. Si l'on objectait qu'il existe des agents anesthésiques auxquels on peut avoir recours, il serait aisé de faire remarquer que

le chloroforme est contre-indiqué dans les cas où l'anthrax est accompagné de phénomènes d'infection voisins des accidents généraux des maladies charbonneuses. User de la glace et des mélanges réfrigérants serait exposer la peau à une cause nouvelle de gangrène.

En second lieu, la cicatrice qui résulte de cette opération n'est point difforme, et pour la face, cette considération a son importance. L'auteur, à cet égard, présente deux dessins d'après nature montrant un anthrax abandonné à lui-même et traité par les grandes incisions après trois mois de traitement, et laissant une cicatrice arrondie d'un diamètre de 6 centimètres environ; et un anthrax qui, au début, présentait le même volume que le premier, traité par les incisions sous-cutanées, qui a laissé une cicatrice d'une étendue un peu moindre que celle d'une pièce de 1 franc.

Note sur un cas de luxation spontanée des premières vertèbres cervicales, avec paralysie complète des membres et du tronc, guéri par la réduction des vertèbres luxées. Voici l'analyse de cette note, publiée par M. Maisonneuve :

Les faits de luxation spontanée des premières vertèbres cervicales ne sont pas rares dans la science. Il existe même un petit nombre de cas où la guérison de cette lésion si grave a pu être obtenue alors qu'une compression lente de la moelle épinière avait déjà produit une paralysie partielle.

Mais quand un déplacement brusque avait déterminé la paralysie générale des membres et du tronc, le mal avait toujours paru sans remède et les plus hardis opérateurs n'osaient même essayer aucun effort de réduction, de crainte de voir les malades mourir entre leurs mains.

Dans un cas de ce genre, nous avons cru devoir tenter cette suprême ressource. Le succès a couronné notre tentative, et nous avons l'espoir que cette réussite pourra modifier le pronostic désespérant de la science au sujet de ces affections.

Obs. Paquotte (Marie-Louise), âgée de seize ans, était atteinte depuis plusieurs mois d'une tumeur blanche de l'articulation atloïdo-axoïdienne avec tuméfaction dans la région sous-occipitale, inclinaison de la tête en avant, léger engourdissement des membres supérieurs, lorsque, le jour même de son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 24 mars 1864, un mouvement brusque de la tête détermina une luxation des deux premières vertèbres et, par suite, une paralysie complète des quatre membres et du tronc, sauf le diaphragme, dont les mouvements continuèrent à entretenir la respiration. Il était évident que, dans ces conditions, la malade avait à peine quelques heures à vivre, et que la réduction des vertèbres luxées constituait l'unique chance de salut. Aussi, quoique dans la science il n'eût été fait, que je sache, aucune tentative de ce genre, je ne crus pas devoir refuser à la malade cette dernière ressource. Plaçant donc mes deux mains l'une sous le menton, l'autre sous l'occiput, j'exerçai sur la tête une traction douce et continue pendant que deux aides maintenaient le tronc et les épaules. Après une demi-minute environ, qui nous parut bien longue, un léger soubresaut, accompagné d'un bruit de frottement très-distinct, vint indiquer que la question était résolue. Un changement brusque s'était évidemment opéré dans les rapports des parties osseuses, et la tête aussitôt put être ramenée à sa position normale.

Au même instant la malade jetait un cri de joie, disant qu'elle sentait la vie revenir dans ses membres. En effet, je reconnus, non sans une vive satisfaction, que la sensibilité et même le mouvement commençaient à renaître dans toutes les parties paralysées.

Des précautions minutieuses furent prises pour maintenir exactement la tête ; aussi, dans le cours de la journée, les choses ne cessèrent-elles de s'améliorer, de sorte que le lendemain, 26 mars, la paralysie avait déjà presque entièrement disparu, et qu'au bout de huit jours il n'en restait plus de traces. Nous avons cru, néanmoins, devoir soumettre la malade à un traitement destiné à prévenir tout accident et à consolider les articulations, et aujourd'hui, 27 juin, la malade peut être considérée comme entièrement guérie. (*Acad. des sciences*, juillet.)

Considérations sur l'empoisonnement par la strychnine. Nous avons signalé récemment une lecture faite à l'Académie de médecine par M. Gallard, sur cette question. Nous publions aujourd'hui l'analyse du rapport fait par M. Raynal sur le mémoire de notre laborieux confrère.

Ce travail, qui est postérieur aux travaux de M. Tardieu, renfermait quinze observations nouvelles qui avaient servi à M. Gallard à établir la symptomatologie de l'empoisonnement par la strychnine, et les déductions médico-légales que l'on doit en tirer au point de vue de la constatation de l'empoisonnement. La rigueur de l'examen des caractères de l'empoisonnement distingue, dit le rapporteur, la première partie du mémoire.

Dans la seconde partie, l'auteur, grâce à des expériences nombreuses bien instituées et avec les contre-épreuves, formule des données thérapeutiques rationnelles se rapportant à trois chefs : expulser le poison par les vomitifs, avec la sonde œsophagienne et la pompe stomacale, c'est-à-dire par des moyens mécaniques ; dénaturer, transformer le poison en un corps inerte et qui cesse d'être dangereux ; enfin produire avec des médications appropriées des effets opposés à ceux que l'absorption de la strychnine entraîne. Les résultats fournis par les diverses expériences indiquent que l'expulsion du poison est presque le seul remède efficace contre l'empoisonnement par la strychnine.

Un des points les plus importants du mémoire de M. Gallard est la permanence régulière des symptômes tétaniques : toutes les expériences ont invariablement prouvé que les stupéfiants et les narcotiques les plus énergiques n'empêchaient pas les spasmes tétaniques de se produire. Seul le chloroforme en inhalation a pu les arrêter pour un instant, en plongeant le malade dans le sommeil anesthésique. Mais dès le réveil, les spasmes se reproduisaient avec la même intensité et les mêmes caractères qu'auparavant.

Effets physiologiques de l'éther de pétrole. Il résulte des faits exposés dans le mémoire lu à l'Académie des sciences par M. Georges :

1° Que les essences de pétrole agissent d'une manière particulière sur le sens génésique, et dans certaines circonstances le tempèrent singulièrement, comme le fait d'ailleurs concevoir son action que nous avons constatée sur le cerveau ;

2° Qu'il occasionne réellement de violentes migraines chez les personnes nerveuses, les femmes du monde, et chez ceux qui vivent surtout dans un air confiné où se trouvent des vapeurs de ces essences ;

3° Que cette action paraît due à un principe particulier dont on peut le débarrasser, et qui agit principalement sur le cerveau et sur le cœur ;

4° Que l'éther de pétrole peut être employé avec avantage pour refroidir les téguments dans les opérations, parce qu'il ne produit pas de douleur sur les parties où le sang coule ;

5° Qu'enfin le bas prix de ce produit et sa grande volatilité peuvent faire espérer son introduction comme force motrice dans l'industrie, préférablement à tout autre éther.

VARIÉTÉS.

Programme et dispositions réglementaires du prochain Congrès médical.

Le corps médical lyonnais, convoqué en assemblée générale, pour la formation d'un Congrès, en a confié l'organisation à une Commission exécutive. — Cette Commission a arrêté les dispositions réglementaires suivantes :

Art. 1. — Un Congrès médical s'ouvrira à Lyon, le 26 septembre 1864, au palais des Arts.

Art. 2. — Douze questions seront mises en discussion devant le Congrès : trois de pathologie et de thérapeutique médicales, trois de pathologie et de thérapeutique chirurgicales, deux d'hygiène et de médecine comparées, une de syphiligraphie, une d'obstétrique, une de médecine mentale et une d'ophthalmologie.

Voici la formule des questions choisies par la Commission exécutive :

Ire question. — Des concrétions sanguines dans le cœur et les vaisseaux. Des conditions qui peuvent favoriser leur formation. Des différents accidents qu'elles occasionnent. Des indications thérapeutiques qui s'y rattachent.

IIe. — Peut-on, dès aujourd'hui, admettre dans le cadre nosologique, à titre d'entités morbides, les diverses affections paralytiques récemment décrites sous les noms de *paralysie agitante, paralysie atrophique progressive, ataxie locomotrice, paralysies réflexes, etc.?* — Y en a-t-il, parmi elles, qui ne soient qu'un symptôme commun à différentes maladies des centres nerveux?

IIIe. — Etablir, par des faits rigoureux, la curabilité de la phthisie pulmonaire. — Distinguer, parmi les variétés de phthisie, celles qui sont susceptibles de guérison et celles qui ne le sont pas.

IVe. — De la valeur des diverses méthodes de traitement applicables aux ankyloses complètes et incomplètes, au double point de vue du changement de la position et du rétablissement des mouvements.

Ve. — Quels progrès la chirurgie doit-elle aux recherches modernes sur le système osseux?

VIe. — Des moyens de diérèse qu'on peut avantageusement substituer à l'instrument tranchant dans le but d'éviter les accidents des plaies (cautérisation, écrasement, ligature, arrachement).

VIIe. — De la consanguinité en général, et spécialement des mariages consanguins.

VIIIe. — De la génèse des parasites communs à l'homme et aux animaux, considérée plus particulièrement dans ses rapports avec l'hygiène publique.

IXe. — Qu'y a-t-il de contagieux dans l'organisme d'un sujet syphilitique? A quelles conséquences pratiques peut conduire l'étude de cette question?

Xe. — Quelles sortes de services l'accoucheur doit-il demander au forceps? Comment les diverses variétés de forceps imaginées jusqu'à présent répondent-elles aux diverses indications?

XIe. — De la possibilité et de la convenance de faire sortir des asiles spéciaux et de placer soit dans les exploitations agricoles, soit dans leurs propres familles, certaines catégories d'aliénés.

XIIe. — De la valeur de l'iridectomie dans le glaucôme et autres lésions profondes du globe oculaire.

Art. 3. — Il y aura une séance par jour, et deux si le nombre des travaux présentés et l'étendue des discussions le rendent nécessaire.

Art. 4. — A l'ouverture de la première séance, le Congrès nommera au scrutin secret le bureau, composé d'un président, de deux vice-présidents, d'un secrétaire général et de quatre secrétaires adjoints.

Art. — Le premier jour sera consacré aux Ire et IIe questions; le deuxième jour, aux IIIe et IVe; le troisième jour, aux Ve et VIe; le quatrième jour, aux VIIe et VIIIe; le cinquième jour, aux IXe et Xe; le sixième jour, aux XIe et XIIe.

Art. 6. — Les auteurs qui désirent présenter au Congrès une communication, écrite ou orale, sur l'une des questions, sont prévenus qu'ils devront la communiquer, *in extenso* ou sous forme de résumé, à la Commission exécutive, quarante huit heures au moins avant l'ouverture du Congrès, c'est-à-dire avant le 24 septembre.

Cette mesure a pour but de permettre à la Commission de classer à l'avance les matériaux du Congrès de la manière la plus favorable à l'établissement des ordres du jour et d'écarter les travaux qui ne rentreraient pas dans le but du Congrès.

Les auteurs sont également prévenus que, en vue de donner accès à un plus grand nombre de travaux, le temps accordé pour leur communication sera, s'il y a lieu, limité par le président du Congrès.

Art. 7. — La Commission exécutive se réserve d'accueillir, si le temps le permet, des travaux en dehors du programme. Dans ce cas, les auteurs devront se conformer aux dispositions spécifiées dans l'article précédent.

Art. 8. — Le Congrès n'admettra dans son sein que les docteurs en méde-

cine ou en chirurgie, les médecins-vétérinaires diplômés, et les hommes qui se sont distingués dans l'étude des sciences médicales.

Art. 9. — Les adhérents du Congrès non domiciliés à Lyon devront, autant que possible, faire connaître leur adhésion avant l'ouverture du Congrès. Ils sont exonérés de toute contribution pécuniaire.

Art. 10. — Les séances du Congrès seront publiques, mais les membres adhérents auront seuls droit de prendre part aux discussions.

Art. 11. — Les travaux lus ou communiqués au Congrès seront publiés en totalité ou en partie par les soins de la Commission exécutive.

P. S. — Toutes les communications relatives au Congrès devront être adressées franco à M. le secrétaire général de la Commission, au palais des Arts, à Lyon.

Après un long et brillant concours MM. Dubreuil et Cruveilhier fils ont été nommés prosecteurs de la Faculté de Paris.

M. Ardouin, interne des plus distingués de nos hôpitaux, vient de succomber à une infection purulente contractée dans l'exercice de ses devoirs nosocomiaux.

Le Conseil académique de Montpellier s'est réuni pour dresser la liste de présentation à la chaire d'hygiène vacante à la Faculté. Sont présentés en première ligne, M. Fonssagrives; en deuxième ligne, M. Pécholier; en troisième ligne, M. Cavalier.

La Société de médecine de Lyon met au concours les questions suivantes:

1° De la transmission des maladies de la mère au fœtus, et réciproquement ;

2° Influence sur la santé publique de la fabrication de l'aniline et des produits qui en dérivent.

La valeur de ces deux prix est de 300 francs. Les mémoires devront être adressés, avant le 14 août 1865 et dans les formes académiques, au secrétaire général de la Société.

M. Froltz, professeur de physiologie à l'Ecole de médecine de Lyon, est nommé conservateur du musée de médecine de cette ville.

M. Thomas, médecin aide-major de 1re classe, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Cazin (de Boulogne-sur-Mer). Le savant et modeste auteur de notre meilleure flore médicale indigène était âgé de soixante-dix-sept ans.

Un bien triste événement vient de jeter le deuil dans notre colonie du Sénégal. M. Leguerré (de Nantes), chirurgien de la marine chargé du service de santé du poste de Bakel (Sénégal), vient de succomber à une fièvre intermittente pernicieuse qui l'a enlevé en quelques heures.

James Miller, chirurgien ordinaire de la reine pour l'Ecosse, professeur de chirurgie à l'Université d'Edimbourg, est mort des suites d'une longue et douloureuse maladie.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De la puissance sédative du bromure de potassium (1).

Par M. Adolphe GUBLER, médecin de l'hôpital Beaujon.

Fièvre hectique et sueurs. — Mais les expériences répétées à l'occasion de la dysphagie et de la toux spasmodique, m'ont révélé de la part du bromure une influence bien remarquable sur les symptômes généraux qui accompagnent la troisième période de la tuberculisation pulmonaire.

Plusieurs phthisiques, en effet, ont vu s'éteindre la fièvre et se tarir les sueurs pendant qu'ils faisaient usage du bromure potassique.

Un des cas les plus saillants se trouve consigné dans l'observation suivante, recueillie par M. Marsoo, l'un de mes élèves.

OBS. IV. *Phthisie pulmonaire contractée par le travail sous l'eau. — Fièvre hectique, sueurs profuses; dysphagie. — Disparition de ces symptômes ainsi que de la toux quinteuse, par l'emploi du bromure de potassium.* — Mathias S***, âgé de quarante ans, maçon, entre à l'hôpital Beaujon, salle Saint-Louis, n° 8, service de M. Gubler, le 6 avril 1864. Cet homme, bien constitué et auparavant d'une bonne santé habituelle, pense avoir contracté l'affection tuberculeuse dont il est atteint par suite des refroidissements auxquels il a été exposé en travaillant sous l'eau, dans un appareil de plongeur, aux fondations de plusieurs ponts de Paris. Il raconte, à l'appui de cette opinion, que sur onze ouvriers qui ont travaillé avec lui à la construction du pont de l'Alma, six sont déjà morts poitrinaires. Quant à lui, il tousse depuis cette époque (1855), et deux ans plus tard il a eu des hémoptysies. Aujourd'hui le malade présente les symptômes d'une tuberculisation avancée : amaigrissement, fièvre et sueurs nocturnes, toux fréquente, crachats opaques, nummulaires. Il souffre de la gorge; sa voix est rauque et presque éteinte. Depuis longtemps, du reste, il est enroué. En avant, il y a de la matité aux deux sommets, surtout à droite; du même côté, on entend beaucoup de sous-crépitations humides; il y en a un peu moins à gauche; elles se prolongent assez bas. En arrière, il y a aussi de la matité, surtout à droite. Au sommet droit on trouve du souffle et beaucoup de râles sous-crépitants; il y en a aussi à gauche.

(Eau de goudron et eau sulfureuse de Bonnes; une pilule de 0^{gr},025 d'extrait gommeux d'opium; julep diacodé.)

15 avril et jours suivants. La toux ne cesse pas, elle tourmente constamment le malade et interrompt son sommeil la nuit. Il ne peut dormir une demi-heure de suite sans tousser, et se trouve constamment baigné de sueurs qui l'affaiblissent beaucoup.

(1) Suite et fin, voir la dernière livraison, p. 5.

Le 2 mai. Le malade se plaint de souffrir beaucoup de la gorge et de ne pouvoir avaler. Depuis quelque temps il a renoncé au pain et à tous les aliments solides; il mange même fort peu de potage. A l'examen de l'arrière-gorge, on constate, en effet, une rougeur vive de l'isthme et du pharynx, avec développement de glandules, dont plusieurs, situées derrière le pilier postérieur gauche, sont légèrement excoriées et grisâtres.

M. Gubler prescrit 2 *grammes de bromure de potassium*, à prendre en quatre fois dans un julep gommeux.

Le lendemain le malade se trouve bien soulagé; son mal de gorge a beaucoup diminué; les sueurs ont été nulles. Il n'a pas eu de fièvre, a peu toussé et a pu dormir une bonne partie de la nuit.

Le bromure est continué trois jours de suite, et la même amélioration se maintient.

Le 6. On supprime le bromure.

Le 7. Le mal de gorge et la toux sont en partie revenus. Le malade n'a pu dormir la nuit que dans les intervalles des quintes. La fièvre et la sueur n'ont pas reparu. Il demande qu'on lui rende sa potion. A dater de ce moment, il prend chaque jour un julep contenant 2 grammes de bromure de potassium.

Le 10. Le malade continue à se trouver bien. Les sueurs sont tout à fait supprimées. Il n'y a ni fièvre, ni douleurs. La toux continue encore, particulièrement le soir et le matin, mais n'a plus le caractère quinteux qu'elle offrait au moment de l'entrée. Expectoration encore assez copieuse; diminution des forces.

Le 11. On trouve le malade endormi et en sueur. Cependant il affirme avoir peu sué la nuit. D'ailleurs, il n'a pas eu de fièvre et a dormi passablement. Mathias S*** croit s'être un peu refroidi la veille.

Le 12. L'état est satisfaisant; ni sueur, ni fièvre. Expectoration considérablement diminuée. Le malade a bien dormi, et depuis plusieurs jours il mange de bon appétit.

Chez ce sujet la dysphagie, liée à l'angine, fut l'occasion de l'emploi du bromure alcalin; mais nous eûmes ensuite à nous louer de ce traitement, surtout au point de vue de l'état général. En même temps que le bromure calmait les douleurs unies à la déglutition, et permettait une alimentation plus réparatrice, il supprimait aussi les sueurs et diminuait la fièvre paroxystique du soir, à ce point que le malade, qui mouillait auparavant deux ou trois chemises par nuit, prétendit qu'il ne suait plus du tout. Le fait est que, plusieurs jours de suite, nous le trouvions à la visite du matin, non-seulement sans gouttes de sueur sur le visage, mais même sans moiteur notable, avec la peau souple et fraîche. Aussi, Mathias S*** me pria-t-il instamment de lui continuer sa potion bromurée, dont l'absence un seul jour avait produit le retour d'une partie des inconvénients qu'elle était appelée à combattre. Sous le coup de cette

action permanente, l'amélioration se maintint à peu près invariable. Ce n'est pas à dire pour cela que le bromure doive exercer une influence décisive sur l'issue d'un mal qui est au-dessus de toute ressource, mais il en a manifestement atténué la gravité et ralenti les progrès. C'est le seul bénéfice qu'on fût en droit d'espérer chez ce sujet et chez tous ceux que la tuberculisation dévore.

Coqueluche. — Cette affection, éminemment spasmodique, est une de celles contre lesquelles le bromure de potassium agirait vraisemblablement avec le plus d'efficacité. Je n'ai eu qu'une seule fois l'occasion de le prescrire à la consultation gratuite, et, n'ayant pu suivre le cas, j'ignore ce qu'il en est advenu.

Œsophagisme. — Quand l'obstacle à la descension du bol alimentaire le long de l'œsophage dépend d'une contraction spasmodique, directe ou réflexe, des fibres musculaires de ce conduit, et non d'un rétrécissement organique permanent, on peut en triompher par le bromure de potassium, ainsi que le prouve l'exemple suivant.

Obs. V. Un homme, sec et nerveux, âgé d'environ soixante ans, souffrait depuis plusieurs années d'une difficulté d'avaler les aliments solides, laquelle se faisait sentir surtout pour les substances sèches et un peu dures. La déglutition était plus difficile durant certaines périodes de temps, et lorsque je fus consulté, en décembre 1863, il y avait une recrudescence croissante d'œsophagisme. Le sujet, en me demandant un moyen de guérison, m'avertissait sans détour qu'ayant pris l'avis des principales sommités médicales qu'il me nommait, et n'en ayant retiré aucun bénéfice, il n'espérait guère que je parvinsse à le soulager. Cependant, je l'engageai à prendre plusieurs jours de suite un julep contenant 2 grammes de bromure de potassium. Dès le premier jour son état fut notablement amélioré. Le lendemain, il avala sans peine de la croûte de pain et des pommes de terre frites, qu'il aimait beaucoup. La déglutition resta très-facile tout le temps qu'intervint le bromure et l'amendement se soutint encore après la cessation du médicament. Le sujet pourrait donc maintenir des conditions à peu près normales en recourant de temps à autre à l'usage du médicament, et peut-être finira-t-il par se débarrasser tout à fait du spasme œsophagien qui le tourmente depuis longtemps et entrave sa nutrition.

Toux hystérique. — Les succès du bromure alcalin contre l'élément nerveux de certaines toux symptomatiques autorisent à penser qu'il serait également efficace dans les cas de toux hystérique, dont l'opiniâtreté fait souvent le désespoir des malades et des médecins. Cette application, que je n'ai pas encore tentée, est d'autant plus raisonnable, qu'en pareille circonstance le brôme s'adresserait

encore à une autre région de l'économie dont le rôle est considérable dans la maladie. Quelle que soit, en effet, l'idée qu'on se fasse de l'enchaînement sérial des symptômes dans l'hystéricisme, il est évident que l'appareil génital est, sinon un premier moteur, du moins un aboutissant ou un centre d'irradiations morbides, dont il importe de tempérer la susceptibilité et de modérer les réactions. Or, si le bromure de potassium se comporte chez la femme comme dans l'autre sexe, il répond à souhait à cette indication, puisque l'un de ses principaux effets est de produire la frigidité et finalement l'impuissance.

Chorée. — Le bromure de potassium semble devoir exercer sur la chorée une influence des plus favorables, si j'en juge d'après les effets obtenus dans le cas suivant.

Obs. VI. *Chorée, prédominante à gauche; anesthésie et analgésie plus marquées de ce côté; pas de douleurs arthralgiques ou mélalgiques; pas de rhumatisme antécédent. Rechute. Traitement par le bromure de potassium; guérison en quatre jours.*—Alphonsine L***, âgée de seize ans, blanchisseuse, a déjà été traitée dans le service pour la chorée. Entrée, le 30 mars, dans la salle Sainte-Marthe, elle y resta quatre semaines. M. Gubler lui fit prendre le sirop de sulfate de strychnine, selon la formule de M. Trousseau, à la dose de une ou deux cuillerées dans les vingt-quatre heures, et suspendit l'usage de ce médicament au bout de quelques jours, dès qu'il eut obtenu une certaine roideur tétanique. L'amélioration se produisit graduellement sous l'influence d'un régime tonique. Lorsqu'elle sortit, son état était très-satisfaisant. Elle allait et venait dans les salles, sa démarche était naturelle et tranquille, ses mouvements partiels convenablement assurés.

Le 11 mai ses parents la ramenèrent à la consultation pour une reprise des accidents choréiques.

A l'entrée d'Alphonsine L***, on constate un état aussi fâcheux que lors du premier séjour. Il lui est impossible de se servir utilement de son bras gauche. Les mouvements qu'elle exécute avec ce membre sont brusques, saccadés; elle ne peut retenir les objets avec sa main, ou bien après les avoir saisis elle les laisse échapper. Le bras droit est moins affecté. Il en est de même pour les troubles de la sensibilité. Quand elle parle, elle remue la tête d'une façon bizarre; elle imprime à ses bras des mouvements singuliers et les muscles du visage se contractent soudainement comme dans les tics nerveux. La petite malade mange fort maladroitement; sa démarche est étrange, sautillante, précipitée.

M. Gubler prescrit le bromure de potassium (solution de 10 grammes pour 150 grammes d'eau), à la dose de deux cuillerées à soupe par jour. Au bout de deux jours l'amélioration est déjà considérable. Quatre jours après le début du traitement, la malade peut porter une cuiller à sa bouche d'une manière naturelle, tandis qu'elle

avait beaucoup de peine, au moment de son entrée, à la retenir dans ses doigts pendant quelques instants. Quand on se fait serrer les mains par elle, on sent une pression assez forte et bien soutenue. Elle aide l'infirmière dans ses travaux avec beaucoup de promptitude et d'adresse, lave la vaisselle et ne casse pas les vases de terre qu'elle nettoie, ce qui lui aurait été impossible auparavant ; car elle laissait tomber par terre tout ce qu'elle saisissait de la main gauche.

Les mouvements ont pris un rhythme régulier, les muscles du visage ne sont plus, comme autrefois, le siége de contractions instantanées et spasmodiques.

Elle peut conserver la même attitude pendant fort longtemps sans avoir ces impatiences, ces mouvements involontaires et soudains qui sont ordinaires aux choréiques. (Observation recueillie par M. Pâris, externe du service.)

Ce fait peut se passer de commentaires. La cessation des phénomènes morbides a été trop brusque et la relation de causalité, par rapport au seul moyen thérapeutique mis en usage, est trop évidente pour qu'il soit nécessaire d'y insister davantage [1].

Symptômes d'excitation liés aux affections du système nerveux central. — Depuis plusieurs années le bromure de potassium m'a rendu quelques services dans les affections caractérisées soit par la congestion de l'encéphale, soit par l'exagération de la force excito-motrice de la moelle. Je l'ai employé dans la première catégorie de cas, lorsque d'autres moyens plus habituellement usités, tels que l'arsenic, la belladone et l'atropine, le quinquina et son principal alcaloïde, étaient restés sans succès. L'un de mes malades, entre autres, se plaignait de bouffées congestives à la tête, de vertiges et de palpitations datant de plusieurs années, et se rattachant à des fatigues intellectuelles prolongées. Un second présentait des symptômes analogues, coïncidant avec une surexcitation génitale et un véritable priapisme. Tous deux furent notablement soulagés. Mais voici un fait plus probant. Un des hommes de notre profession les plus distingués et les plus aimés offrait les symptômes d'une né-

---

[1] J'ai actuellement sous les yeux, dans mon service, une autre choréique chez qui des symptômes plus variés et plus intenses que dans le cas précédent se sont dissipés de même sous l'influence du bromure de potassium. Dès le premier jour, les mouvements ont été moins désordonnés ; le second, il s'est manifesté un calme relatif, et la jeune malade a passablement reposé la nuit. A notre surprise, il y eut une recrudescence le troisième jour ; mais ce fait dépose encore en faveur du bromure, car la provision de ce sel étant épuisée, le sujet n'en avait pas reçu la veille. Puis, une varioloïde intercurrente est encore venue entraver la guérison, qui est aujourd'hui presque parfaite.

(*Note ajoutée* pendant l'impression.)

vrose congestive de l'encéphale, avec étourdissements, crises convulsives et diabètes leucomatique et glycosurique. Or, tandis qu'il restait sous l'influence du bromure, les phénomènes spasmodiques étaient éloignés, et quand, après une interruption de traitement, les accidents menaçaient de nouveau, il parvenait à les conjurer en reprenant du bromure. Il me serait facile de citer plusieurs cas analogues; mais j'y renonce, parce que je ne possède en ce genre que des notes incomplètes. Dans le fait suivant, c'est le cordon médullaire qui était en cause.

OBS. VII. *Paralysie spinale généralisée. Sirop de sulfate de strychnine à faible dose. Roideurs musculaires excessives, puis collapsus complet. Emploi de l'électrisation généralisée, qui momentanément restaure en partie les forces. Phénomènes tétaniques spontanés, réprimés par le bromure de potassium.* — Joseph V***, âgé de trente ans et malade depuis trois mois, entre à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Gubler, le 1er février 1864. Son affection est caractérisée par une faiblesse extrême des quatre membres, accompagnée de douleurs prédominantes à droite, surtout au cou, ainsi que de tremblements et de contractions fibrillaires spontanées et permanentes. Il existe en même temps quelques troubles de sensibilité, particulièrement de l'analgésie à l'avant-bras droit, et une action réflexe tellement énergique, qu'une friction un peu vive exercée sur l'abdomen provoque une contraction subite et fort étendue des muscles des membres pelviens, bien que ceux-ci soient à peu près soustraits à l'empire de la volonté. C'est même le moyen qu'emploie le sujet pour les déplacer. Après un traitement constitué par l'emploi momentanée de très-faibles doses de strychnine, et par l'usage prolongé de l'électricité locale ou généralisée, il survient dans les quatre membres des contractures très-fortes et des crampes douloureuses qui empêchent le sommeil.

Le 3 mai. — Ces symptômes s'étant accrus, et les contractures tétaniques ayant gagné les muscles du tronc eux-mêmes, M. Gubler prescrit une potion contenant 2 grammes de bromure potassique. Dès le surlendemain, les roideurs ont bien diminué d'étendue et d'intensité; il n'y a plus rien qui ressemble à une convulsion tétanique; mais les spasmes fibrillaires persistent.

Le 8 mai. — Le malade, n'ayant pas eu sa potion depuis deux jours, trouve que ses membres ont repris de la rigidité, et redemande son bromure. Depuis lors, l'amélioration de ce symptôme ne s'est pas démentie; la faiblesse et le tremblement persistent, mais les contractures sont rares, restreintes et fugaces. (Observation recueillie par M. Marsoo, externe, 19 mai 1864.)

L'effet du bromure alcalin a été moins prononcé chez un sujet qui, dans le cours d'une hémiplégie cérébrale du côté gauche, présenta la singulière particularité que voici : le membre supérieur paralysé était devenu habituellement le siége d'une légère contrac-

ture tonique, qui tenait la main à demi-fermée, et roidissait quelque peu l'articulation du coude. Cependant le malade pouvait à volonté fléchir davantage ou étendre complétement les doigts. Venait-on, au contraire, pendant que la main était ouverte, à appliquer un doigt contre la paume, aussitôt ce doigt était saisi et retenu par une contraction brusque, instantanée, et qui devenait d'autant plus énergique qu'on faisait plus d'efforts pour se dégager.

Dans ces conditions, le sujet, quelque instance qu'on lui fît et quelque volonté qu'il en eût, se trouvait dans l'impossibilité d'ouvrir la main convulsivement fermée, et les doigts ne commençaient à se défléchir que lorsque la face palmaire, habituée à l'impression du corps étranger, n'éveillait plus la puissance excito-motrice de la moelle, conformément à la loi des actions réflexes. Le bromure de potassium, à la dose de 2 grammes par jour, modifia sensiblement ces phénomènes de surexcitation spinale, mais ne parvint pas à les dissiper entièrement.

Maladies du cœur. — Au fur et à mesure que se multipliaient mes recherches et que les faits démontraient plus clairement l'action hyposthénisante du bromure de potassium, les applications de cet agent s'étendaient à des affections de plus en plus nombreuses et variées. J'en arrivai à l'essayer dans les maladies organiques du cœur accompagnées de désordres fonctionnels, tels que précipitation et intermittence du pouls, angoisse précordiale, dyspnée, anhélation au moindre exercice. La tentative n'a eu lieu encore que chez deux sujets, et non sans avantages. Chez l'un et l'autre la circulation s'est régularisée, et la gêne respiratoire a diminué. Une femme, actuellement encore salle Sainte-Marthe n° 30, a vu son pouls descendre, en quelques jours, de 108-110 à 76-78 pulsations, en même temps qu'il a repris de l'ampleur et que la dyspnée s'est amoindrie. Les troubles circulatoires ont augmenté, au contraire, dès que le bromure a été supprimé, pour s'apaiser encore sous l'influence du médicament.

Le bromure de potassium est donc, pour le centre circulatoire, un modérateur qu'il conviendrait de prescrire dans les affections spasmodiques du cœur et les lésions de l'orifice mitral. Il pourrait prendre encore une part réelle à la curation des maladies cardiaques, en agissant sur la nutrition de l'organe, dont il ralentirait la tendance hypertrophique, ou favoriserait même le retour au volume normal par l'activité qu'il imprimerait à la résorption des éléments néo-plastiques. En tout cas, ce sel serait avantageusement associé à l'iodure de potassium, dont MM. les professeurs Bouillaud et Natalis

Guillot, à l'exemple de Magendie et de M. Plichon, ont préconisé l'emploi dans les cas d'hyperplasie cardiaque de nature inflammatoire et rhumatismale. L'excitation provoquée par l'iode serait utilement tempérée par l'action contre-stimulante du brôme, ce qui, selon toute apparence, n'empêcherait pas les effets résolutifs et atrophiants du premier. Mais on ne trouvera pas, je pense, dans le brôme un agent doué, comme la digitaline, d'une influence spéciale et élective sur la faculté motrice du centre circulatoire.

Affections cutanées hyperesthésiques. — Pour cette étude, les sujets manquent dans les hôpitaux ordinaires ; mais mon ami M. le docteur Lailler, médecin de l'hôpital Saint-Louis, se livre depuis quelque temps à des essais qui promettent de bons résultats dans le prurigo, le lichen et d'autres affections de la peau, dans lesquelles le trouble de la sensibilité cutanée est un élément important ou essentiel.

Rôle des bromures alcalins dans les eaux minérales.—Après avoir établi par l'observation clinique la réalité de l'action hyposthénisante générale du bromure de potassium, il y aurait lieu de chercher dans un autre ordre de faits la confirmation de ces résultats. Je veux parler des enseignements qui nous sont fournis par la tradition relativement aux vertus des différentes eaux minérales, plus ou moins riches en brôme et en bromures. Ces enseignements, j'ai lieu de le croire, concorderaient avec ceux que j'ai déduits de mes observations personnelles. Toutefois, une remarque préalable est nécessaire pour éviter les objections qui se présenteraient aussitôt à l'esprit, si l'on ne considérait que les faits en bloc, sans catégorisation ni distinction. Dans beaucoup d'eaux naturelles, le brôme est associé à des substances excitantes, et notamment à l'iode, dont l'action, souvent prédominante, détermine le sens de l'influence exercée sur l'économie par le composé. En ce cas les eaux sont excitantes, malgré le brôme.

Mais il est sans doute quelques circonstances où ce dernier métalloïde n'est pas associé à des matières minérales capables d'en contrebalancer ou d'en neutraliser complétement les effets sédatifs : alors l'influence hyposthénisante doit se révéler d'une manière plus ou moins nette. Toutes choses égales, les eaux sulfureuses du Vernet et celles de Saint-Honoré (1) devraient, ce me semble, à une

(1) L'existence d'une petite proportion de bromure dans les eaux de Baréges importe moins à la thérapeutique des affections qui ressortissent à cette célèbre station thermale.

minime proportion de brôme des qualités plus douces et plus sédatives.

Cela étant, rien n'empêcherait qu'on ne fit intervenir une petite dose de bromure dans la cure des Eaux-Bonnes pour, le cas échéant, atténuer les phénomènes d'excitation thermale.

Au point de vue de la présence du brôme et des conséquences à en déduire sous le rapport thérapeutique, je signalerai aussi, parmi les eaux alcalines, celles de Contrexéville, de Cusset et de Royat; parmi les eaux chlorurées salines, celles de Balaruc, de Bourbon-l'Archambault, de Bourbonne, de Niederbronn, de Salies et de Salins. Dans plusieurs de ces eaux minérales, la dose de bromure qu'elles renferment ne saurait être indifférente, et, d'avance, j'incline à croire que celles de Contrexéville, de Cusset et de Royat conviendraient mieux aux affections des voies urinaires ou respiratoires retenant encore un caractère d'irritation, de même que les eaux chlorurées salines ci-dessus énumérées seraient préférables à d'autres exclusivement iodurées, dans le traitement des paralysies symptomatiques, accompagnées encore de phénomènes d'excitation du côté des centres nerveux.

Sans attacher à ces prévisions plus d'importance qu'elles ne méritent, j'ai cru cependant devoir les soumettre à l'appréciation de nos savants confrères des stations thermales.

Résumé et conclusions. — Le brôme à l'état de combinaison saline n'est pas seulement un anaphrodisiaque ou un agent d'anesthésie gutturale, c'est un sédatif puissant, dont l'action directe ou détournée se fait sentir sur l'économie entière.

La préférence accordée jusqu'ici au bromure de potassium, qui se trouve dans toutes les officines, semblerait devoir être mieux justifiée pour le bromure de sodium, en raison de la tolérance plus grande de la part de l'économie pour les sels sodiques, qui entrent en si forte proportion dans la composition de nos tissus et de nos liquides.

Quoi qu'il en soit, le bromure de potassium, à la dose moyenne de 2 grammes par jour en deux ou trois prises dans une potion gommeuse ou de l'eau sucrée, produit une sédation marquée du système nerveux sensitivo-moteur et de la circulation.

Comme anesthésiant, ce sel porte son action plutôt sur le tégument interne que sur l'externe, et s'adresse spécialement à la muqueuse de l'isthme du gosier, du pharynx, ainsi qu'à celles des voies génitales.

Mais l'influence du bromure est loin de s'arrêter à l'urètre ou

bien au vestibule commun aux voies digestives et respiratoires, elle se répand dans la totalité des appareils dont ces régions dépendent, et notamment dans l'œsophage, le larynx et l'arbre aérien.

Ainsi se trouvent calmées et les dysphagies douloureuses et les contractures œsophagiennes et les toux quinteuses, férines et spasmodiques.

Le bromure potassique porte également son action contre-stimulante sur les centres nerveux : il apaise les céphalalgies congestives, prévient ou modère les crises convulsives, éclamptiques, diminue l'action excito-motrice de la moelle et résout par là les contractures tétaniques, en même temps qu'il réfrène les actions réflexes.

Le système circulatoire ressent aussi l'influence du bromure alcalin : le cœur tempère et ralentit ses mouvements, la turgescence des capillaires s'amoindrit, la fièvre diminue.

D'autres effets secondaires dérivent des précédents. Si la diurèse n'est pas excitée directement, elle est accrue consécutivement à la cessation de l'éréthisme fébrile. La sudation, au contraire, s'arrête, la formation du mucus et du pus s'amoindrit.

Ces symptômes du *bromisme* étant la contre-partie presque exacte de ceux de l'iodisme, le brôme doit être considéré comme le correctif et l'antidote de l'iode et utilisé comme tel à l'occasion.

Les principales affections contre lesquelles j'ai employé jusqu'ici le bromure de potassium avec le plus d'avantages, sont :

1° La dysphagie douloureuse liée aux angines de toutes sortes.

2° L'œsophagisme.

3° Les toux quinteuses et spasmodiques essentielles ou symptomatiques, soit de laryngo-bronchite, soit de tuberculisation pulmonaire.

4° Les phénomènes d'excitation du système sensitif et du système moteur en rapport avec les lésions fonctionnelles ou organiques des centres nerveux, telles que convulsions toniques et cloniques, chorée, etc.

5° Enfin les affections du cœur.

Dans la suite de ces recherches, j'aurai à m'occuper de l'influence des bromures alcalins sur les angines granuleuses et la marche de la phthisie pulmonaire, sur la coqueluche, la toux hystérique et l'hystéricisme, ainsi que sur le tétanos, l'épilepsie, la méningite tuberculeuse et les premières périodes des lésions inflammatoires des centres nerveux.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la galvano-caustique chimique et de son emploi dans le traitement des polypes naso-pharyngiens.

L'étude analytique des propriétés diverses de l'électricité a servi déjà à constituer plusieurs méthodes thérapeutiques précieuses. Les plus importantes sont celles qui reposent sur les propriétés physiologiques de cet agent ; la fréquence de leurs applications au diagnostic et au traitement des maladies du système nerveux n'a pas tardé à les vulgariser.

A côté de ces méthodes d'électrisation médicale, d'autres ont été fondées qui mettent à profit les propriétés physico-chimiques des courants continus. Celles-ci s'adressent plus spécialement aux lésions chirurgicales : ainsi la galvano-caustique thermique, si bien étudiée par M. Mideldorpff (de Breslau). Nous venons appeler l'attention sur un nouveau procédé de galvano-caustique formulé par M. Ciniselli (de Crémone), et dans lequel on met exclusivement en œuvre les propiétés chimiques de ces courants. Ce chirurgien, qui s'est tant occupé des applications de la galvano-puncture à la cure des anévrysmes, a eu ainsi de nombreuses occasions d'être témoin de ces eschares de la peau qui se produisent autour des aiguilles en contact avec les pôles de la pile. Ce phénomène n'est pas resté pour lui lettre morte et lui a suggéré l'idée de créer une nouvelle méthode de cautérisation dont il a communiqué les prémices à la Société de chirurgie. L'intérêt du sujet nous engage à reproduire ici un fragment de la note que M. Ciniselli a lue dans la séance du 5 septembre 1860 :

« Tout ce que j'ai lu concernant la cautérisation électrique et les différents moyens de cautérisation dans les traités les plus récents, m'a appris qu'on attribue à l'électricité une seule force cautérisante; c'est-à-dire la force calorifique.

« Mes premières études sur l'électro-puncture, et celles que j'ai faites ultérieurement, m'ont conduit à cet axiome : qu'en employant les courants électriques sur les tissus, ce n'est pas toujours par l'action calorifique qu'on obtient des eschares ; elles se forment aussi, et bien souvent, sans élévation appréciable de température dans les conducteurs qui transportent le courant électrique aux tissus organiques. En effet, pour obtenir la cautérisation calorifique, il faut employer des appareils propres au développement de la chaleur; il faut que les conducteurs métalliques soient continués d'un

pôle à l'autre. Au contraire, nous voyons bien souvent la formation d'eschares sous l'action d'appareils dépourvus du pouvoir de développer la chaleur, mais qui sont mieux doués de l'action chimique; nous les observons lorsque les électrodes se terminent aux tissus sans communiquer entre eux, condition qui empêche le développement de la chaleur électrique.

« Les eschares qui se forment sous cette action du courant électrique, je les ai distinguées par le nom de *cautérisation par action chimique de l'électricité*. En effet, elles diffèrent des cautérisations par action calorifique, non-seulement par les conditions susdites, mais aussi par la manière non instantanée de leur formation, et par les caractères spéciaux qui répondent aux deux pôles de l'appareil. L'eschare du pôle positif a de tels caractères, qu'on peut la comparer à celle produite par un acide; celles du pôle négatif, au contraire, ressemblent au produit des caustiques fondants ou alcalins. Ces cautérisations, que je regarde comme produites par l'action chimique de l'électricité, et sur lesquelles j'appelle votre attention, honorés collègues, on les obtient sur le vivant comme sur le cadavre, et mes expériences m'ont confirmé dans l'opinion qu'elles sont produites par les acides qui se dégagent des tissus organiques du côté du pôle positif, et par les alcalis au pôle contraire. Ainsi je distingue la galvano-caustique en *thermique* et *chimique*, et celle-ci en *acide* et *alcaline*.

« Je me suis servi de cette cautérisation, dans ma pratique, une fois pour détruire un névrôme sur le tibia; la tumeur, traversée par une aiguille de platine communiquant avec le pôle positif, le réophore négatif lié à la jambe à peu de distance, j'ai obtenu la cautérisation complète de la tumeur en peu de minutes, ayant employé une pile de Volta de quarante couples de 1/2 centimètre carré de surface. D'autres fois, j'ai fait agir les pôles du même appareil à l'aide de deux plaques de platine appliquées sur des tumeurs blanches, et au moyen de deux aiguilles de platine traversant de petites tumeurs érectiles veineuses, je les ai détruites. Dans d'autres circonstances, j'ai cautérisé de longs trajets fistuleux en y introduisant un stylet en argent et en agissant avec le pôle négatif.

« On me demandera quel est le mérite que j'attache à l'introduction de ce mode de cautérisation dans la pratique chirurgicale; pas d'autre, jusqu'à présent, que de pouvoir faire une cautérisation très-limitée dans des tissus profonds et délicats. Il me suffit, pour le moment, d'établir cette vérité : que les cautérisations par l'électricité ne se forment pas exclusivement par l'action calorifique... »

Dans la fin de sa communication, M. Ciniselli dit un mot des conditions que les appareils électriques doivent présenter pour obtenir ou éviter la production de ces eschares. Depuis, le sagace chirurgien de Crémone a publié un travail beaucoup plus complet, et remarquable surtout par les considérations physico-chimiques sur lesquelles repose le nouveau procédé. Quant aux applications thérapeutiques, l'auteur n'a pas élargi le cercle de leurs applications; de sorte que l'on croirait ce mémoire écrit plutôt par un physicien que par le chirurgien en chef d'un grand hôpital [1].

Il y a donc là une lacune à combler, car nous allons démontrer que cette sorte de cautérisation présente des indications spéciales et peut être employée dans des circonstances où les autres modes seraient impraticables.

Un jeune médecin auquel nous devons un bon traité élémentaire sur les applications de l'électricité, M. le docteur A. Tripier, dans une note adressée à l'Académie des sciences en mars 1862, appelait l'attention des chirurgiens sur un procédé de galvano-caustique fondé, non plus sur les effets calorifiques des courants continus, mais sur leur action chimique. Une réclamation de M. Ciniselli est venue lui prouver que le procédé qu'il recommandait était formulé, ce que M. Tripier s'est empressé de reconnaître. Toutefois, il restait encore un point important à étudier, celui de la constitution des cicatrices qui succèdent à l'élimination des eschares produites par la galvano-caustique chimique. Dans une communication récente de M. Tripier (*Bull. de Thérapeutique,* t. LXVI, p. 462), on a pu voir une application de la galvano-caustique chimique négative à la destruction d'un rétrécissement urétral.

Aujourd'hui nous plaçons sous les yeux de nos lecteurs une application nouvelle de ce même procédé, que M. le professeur Nélaton vient de communiquer à l'Académie des sciences. Dans sa tentative de destruction d'un énorme polype naso-pharyngien, ayant surtout en vue la destruction la plus rapide et la plus complète possible de la tumeur, le savant chirurgien a mis en œuvre le pouvoir cautérisant des deux pôles.

Voici, d'ailleurs, la note lue à l'Académie des sciences par M. Nélaton; le fait qui s'y trouve consigné prouvera que, contrairement à l'assertion de M. Ciniselli, la galvano-caustique chimique est un

---

[1] Dell' azione chimica dell' elettrico sopra i tessuti organici viventi delle sue applicazioni alla terapeutica, studj del dott. cav. Luigi Ciniselli chirurgo primaro dello spedale maggiore di Cremona, 1862.

procédé chirurgical appelé à rendre des services incontestables pour la destruction des tumeurs, même volumineuses, spécialement des polypes naso-pharyngiens.

« Bien que la chirurgie possède un grand nombre de moyens destinés à détruire les tumeurs, il en est cependant quelques-unes dont le traitement présente des difficultés tellement sérieuses, que des chirurgiens du plus grand mérite hésitent à les attaquer. Telles sont, par exemple, celles qui, profondément placées dans une cavité naturelle, intimement unies et adhérentes par une large base aux parois de cette cavité, difficilement accessibles à la main, aux instruments et même au regard, présentent en outre cette fâcheuse disposition d'être constituées par un tissu extrêmement vasculaire. Comme type de ces tumeurs dont je viens de tracer en quelques mots les caractères les plus saillants, je citerai les polypes naso-pharyngiens, dont il sera exclusivement question dans cette note.

« Les chirurgiens du siècle dernier et ceux qui, au commencement de notre siècle, ont jeté le plus d'éclat sur la chirurgie, Pelletan, Boyer, Roux, Lisfranc, celui même qui les a tous dépassés, Dupuytren, ne connaissaient d'autre traitement de ces tumeurs que la ligature et l'arrachement. Mais ceux qui, comme nous, ont vu appliquer ces méthodes, ont pu se convaincre qu'à moins de circonstances exceptionnelles, elles ne constituent qu'un moyen palliatif. La tumeur, incomplétement détruite, continue à s'accroître; une nouvelle opération devient nécessaire, suivie bientôt d'une nouvelle récidive, et la mort est la terminaison ordinaire de cette série d'opérations, impuissantes à détruire le mal dans sa racine.

« En présence de résultats aussi désastreux, quelques chirurgiens songèrent à l'excision, méthode plus radicale, et pour rendre possible une ablation complète, ils proposèrent une opération préliminaire ayant pour but de découvrir la tumeur. C'est ainsi que Flaubert fils, de Rouen, Syme, d'Édimbourg, Michaud, de Louvain, pratiquèrent l'ablation du maxillaire supérieur. En 1847, je fis la résection de la voûte palatine combinée avec la division du voile du palais, dans le double but d'exciser le polype et de conserver une voie largement ouverte qui permît de détruire ultérieurement ses points d'implantation.

« Cette double opération ou, pour mieux dire, ces deux temps combinés d'une même opération donnèrent des succès assez nombreux et furent généralement acceptés; cependant on ne tarda pas à re-

connaître que, si le premier de ces deux temps peut être exécuté méthodiquement, suivant des règles tracées à l'avance, il n'en est pas de même du second. La tumeur, à peine touchée par l'instrument tranchant, verse du sang en abondance ; celui-ci tombe dans le pharynx, s'introduit dans les voies aériennes, provoque la suffocation, il est rejeté par la toux, par les efforts de vomissement, et au milieu de ces mouvements convulsifs, le chirurgien distingue à peine les parties sur lesquelles il doit agir ; que l'on ajoute à cela la syncope, si souvent observée en pareille circonstance, et l'on aura un tableau fidèle du second temps de cette opération.

« Le problème à résoudre était donc celui-ci : Etant donnée une opération préliminaire qui permît de découvrir le polype, trouver un moyen de destruction qui pût être appliqué d'une manière régulière et sûre, en un mot, faire disparaître cette pratique désordonnée de l'excision avec ses incertitudes et ses dangers.

« Après avoir reconnu l'impuissance de la ligature, de l'arrachement, de l'écrasement linéaire, de la cautérisation, soit avec le cautère actuel, la galvano-caustique, le cautère à gaz, soit avec les caustiques potentiels : le chlorure de zinc, l'acide azotique monohydraté, etc., j'eus la pensée de recourir à un mode de destruction emprunté à l'électricité.

« Depuis longtemps les médecins avaient remarqué que lorsqu'ils cherchaient à produire la contraction musculaire par un courant électrique, en plaçant sur un membre deux aiguilles correspondant à chacun des pôles d'une pile, il se produisait autour des aiguilles une destruction de tissu très-limitée et sans importance.

« N'était-il pas possible d'étendre cette destruction en augmentant la force qui la produit? Ne pourrait-on pas détruire une tumeur par la simple implantation de ces deux aiguilles dans sa masse? Telle était la question qu'il s'agissait d'étudier. Dans ce but, nous instituâmes une série d'expériences sur les animaux.

« Un de nos jeunes élèves, dont le nom est vénéré dans cette enceinte, M. Arnould Thénard, voulut bien nous prêter le concours de son zèle et de son expérience ; il mit à notre disposition son laboratoire et des appareils parfaitement installés.

« Nos recherches ont été nombreuses et variées de mille manières ; nous en donnons ici le résumé :

« Si, sur un animal vivant, on implante, dans un muscle préalablement mis à nu, deux électrodes, on voit presque aussitôt apparaître autour de l'électrode positive une mousse blanche formée

par des bulles de gaz d'une extrême finesse : le même phénomène se produit autour de l'électrode négative.

« Pendant la durée de l'expérience, l'élévation de la température est assez faible pour que le doigt puisse être maintenu au niveau des points d'implantation des aiguilles, et que la gutta-percha qui les enveloppe presque jusqu'à leur extrémité ne subisse qu'un faible ramollissement ; preuve bien manifeste que l'action du calorique ne concourt que pour une part à peine appréciable à la destruction des tissus qui sera bientôt observée.

« Si on laisse agir la pile pendant dix minutes environ, on peut constater, autour du point d'implantation des aiguilles, les modifications suivantes : autour de l'aiguille positive un noyau d'induration de 12 à 15 millimètres de diamètre bien circonscrit ; autour de l'aiguille négative au contraire, le tissu a éprouvé une sorte de ramollissement.

« Si on sacrifie l'animal et qu'on procède à l'examen du muscle soumis à l'expérience, en pratiquant une coupe qui divise le noyau induré dans toute son épaisseur, la surface de cette coupe présente dans son centre d'abord la voie de l'aiguille indiquée par un sillon de coloration noire. De chaque côté, et dans toute l'étendue du noyau d'induration, le tissu musculaire est d'une couleur brune jaunâtre, semblable à celle que lui fait prendre la coction. Cette altération du tissu occupe toute la longueur de l'aiguille, et dépasse même son extrémité dans une étendue égale à la propagation latérale, de telle sorte que, si le tissu a été altéré de chaque côté de l'électrode, dans une étendue de 1 centimètre, cette même altération dépassera de 1 centimètre l'extrémité de l'aiguille. On n'aperçoit plus à l'œil nu de vaisseaux dans cette masse indurée, qui se présente sous la forme d'un tissu privé de vie. Du côté de l'électrode négative, on trouve un putrilage formé de tissus ramollis, désorganisés, à peine reconnaissables. Toute la partie comprise dans la sphère d'action des deux électrodes se trouve complétement modifiée ; modification qui se résume ainsi : coagulation vers le pôle positif, tendance à la liquéfaction vers le pôle négatif.

« Laisse-t-on vivre l'animal, au lieu de le sacrifier, on voit se produire autour des points atteints par le courant tous les phénomènes qui accompagnent l'élimination d'une eschare. Celle-ci se détache au bout de quelques jours ; elle est constituée par la totalité des tissus modifiés par les électrodes, et, après sa chute, on trouve une perte de substance proportionnée à l'intensité de l'action électrolytique.

« Pour étudier cette action sur un tissu plus vasculaire que les muscles des membres et dans des conditions qui se rapprochassent davantage de l'opération que nous songions à pratiquer sur l'homme, nous avons implanté transversalement deux électrodes dans la langue d'un chien, à 4 centimètres de son extrémité; il y eut d'abord production d'une eschare qui traversait la langue d'un bord à l'autre ; bientôt la partie de la langue située au delà de cette eschare se flétrit et tomba en gangrène.

« Il y eut donc, dans ce cas, deux modes de destruction différents, l'action électrolytique d'abord, puis une gangrène par interruption de la circulation, les vaisseaux ne pouvant plus se rendre à l'extrémité de la langue à travers les tissus modifiés par l'action de la pile.

« Nous étions donc en possession d'un moyen de destruction puissant; mais bien des doutes existaient encore dans notre esprit, et l'expérimentation clinique pouvait seule les dissiper.

« N'avions-nous pas à redouter l'hémorrhagie en opérant sur un tissu aussi vasculaire que celui des polypes naso-pharyngiens ? La douleur ne serait-elle pas intolérable ? n'exciterait-elle pas, de là part du malade, des mouvements incompatibles avec une manœuvre opératoire régulière ? La commotion électrique dans une région aussi rapprochée du mésocéphale n'aurait-elle pas une influence fâcheuse, funeste même ? car en présence d'un moyen inusité, il faut toujours compter avec les accidents imprévus.

« J'avais alors dans mon service un jeune homme atteint de polype naso-pharyngien offrant toutes les conditions voulues pour une application régulière de cette méthode thérapeutique. Voici très-succinctement l'observation de ce fait :

« Le nommé Roger (Léandre), âgé de dix-neuf ans, instituteur, se présenta, à l'hôpital des Cliniques, au mois d'août 1863, pour se faire traiter d'un polype naso-pharyngien. Toutes les circonstances, âge, symptômes, accidents, se réunissaient pour faire de ce cas un de ceux qui répondent exactement à la description classique de cette affection.

« La tumeur était volumineuse, elle occupait la partie supérieure du pharynx, refoulait le voile du palais, entrait dans les fosses nasales, donnant lieu à une dyspnée très-prononcée et à des hémorrhagies abondantes. Il était urgent de venir en aide à ce jeune homme. La résection de la voûte palatine, combinée avec l'incision du voile du palais, avait été pratiquée, afin de mettre la tumeur à découvert.

« Préoccupé des difficultés et des dangers de l'excision immédiate,

j'avais rejeté cette opération, espérant détruire le polype avec le cautère à gaz [1] déjà employé avec succès pour la destruction d'autres tumeurs; mais un obstacle imprévu avait fait échouer ce moyen : la flamme du cautère était à chaque instant éteinte par les mouvements d'inspiration et d'expiration; son action se trouvait interrompue, et, malgré une insistance soutenue, il nous avait été impossible d'atteindre notre but.

« La cautérisation avec l'acide nitrique monohydraté n'avait pas été plus efficace; c'est alors que nous prîmes le parti de tenter la destruction de la tumeur par le courant électrique.

« L'appareil dont nous nous sommes servi est une pile de Bunsen de neuf éléments de 16 centimètres de hauteur sur 8 de diamètre, montés en tension; et de deux fils conducteurs terminés par deux aiguilles de platine d'un demi-millimètre de diamètre.

« Le 21 février 1864, le malade étant placé de manière que la lumière pénétrât jusqu'au fond de l'isthme du gosier, les deux aiguilles furent implantées dans la tumeur, à 2 centimètres et demi de distance l'une de l'autre. Au moment de l'établissement du courant, le malade éprouva une secousse assez douloureuse, accompagnée de contraction des muscles de la face : au même instant, on vit apparaître, autour des points d'implantation, cette mousse blanche que nous avons signalée dans nos expériences. L'opération marcha ainsi dix minutes, pendant lesquelles le malade n'éprouva qu'une faible douleur : il était seulement gêné par la chute dans le pharynx de cette mousse sanguinolente, indice de la décomposition des liquides et des tissus; mais on obviait facilement à cet inconvénient, en absorbant cette mousse avec une très-petite éponge montée sur un manche. A notre grande satisfaction, il n'y eut pas d'hémorrhagie. Les aiguilles furent retirées, et le malade éprouva une nouvelle secousse, semblable à la secousse initiale.

« L'opération était terminée, et on put en apprécier les résultats immédiats. Autour du point d'implantation de l'électrode positive,

---

[1] Cet appareil est des plus simples : il se compose d'un petit ballon en caoutchouc auquel est adapté un robinet terminé par une ouverture capillaire. Le ballon, étant rempli de gaz d'éclairage, on le comprime légèrement et on allume le gaz à l'extrémité du tube. On obtient ainsi un jet de flamme très-petit, que l'on promène à la surface de la masse à détruire comme on promènerait un crayon. Cette flamme, qui conserve toujours sa température (de 1100 à 1500 degrés) exerce une action bien plus énergique que le cautère actuel, qui se refroidit au contact avec les tissus. Cet instrument offre encore l'avantage inappréciable de ne pas brûler par rayonnement les tissus circonvoisins.

le tissu de la tumeur présentait une coloration violacée, tirant sur le noir, et formant un noyau d'induration de 15 à 18 millimètres de diamètre. Du côté de l'électrode négative, même coloration avec mollesse des tissus.

« Après cette première séance, le malade ne souffrit point ; il put retourner à pied à l'hôpital. Dans le cours de la journée, il put boire, manger, parler, comme il le faisait les jours précédents. Pour tout traitement, on se borna à des lavages très-fréquemment répétés avec de l'eau alcoolisée.

« Le lendemain, les points de la tumeur modifiés par le courant étaient convertis en une véritable eschare enchâssée dans le tissu du polype qui avait conservé son aspect primitif ; les parties mortifiées se séparèrent peu à peu, et vers le dixième jour l'élimination était complète. La masse polypeuse, que nous avions attaquée dans son milieu, présentait alors une perte de substance considérable, et il fut évident pour nous qu'en répétant les applications, on arriverait à une destruction complète.

« Plusieurs séances successives furent faites, moins longues que la première, d'une durée de trois à cinq minutes, éloignées l'une de l'autre d'environ huit à dix jours.

« Le polype fut attaqué, tantôt dans des points d'implantation, tantôt dans sa circonférence. Chacune de ces séances produisit, comme la première, une eschare suivie d'une nouvelle perte de substance, et bientôt toute la masse polypeuse avait disparu par le fait de ces éliminations successives.

« Le 28 mai, le jeune homme sortait de l'hôpital complétement guéri. La partie supérieure du pharynx, l'ouverture postérieure des fosses nasales, la région de l'apophyse basilaire présentaient une excavation tapissée dans toute son étendue par un tissu cicatriciel.

« Ainsi, une tumeur volumineuse, très-vasculaire, donnant lieu à des hémorrhagies au moindre contact, située profondément dans le pharynx et les fosses nasales, tumeur qui avait été attaquée sans succès par les agents les plus énergiques, a été détruite en six séances par l'implantation de deux électrodes dans sa masse. Cette opération a été faite sans effusion de sang, et n'a provoqué chez le sujet qu'une douleur facilement supportée. On n'a pas eu à constater de retentissement fâcheux sur l'encéphale ; enfin, la destruction a pu être circonscrite dans les limites que l'opérateur s'était imposées.

« J'ai cru devoir envisager mon sujet exclusivement au point de vue chirurgical. Je ne puis cependant m'empêcher de faire remarquer que le mode de destruction qui fait l'objet de cette note est

partiellement différent de celui qui est emprunté à la galvanocaustique. Dans un mémoire très-savant, M. le docteur Ciniselli, de Crémone, a développé avec talent la théorie de ce moyen nouveau; il a parfaitement démontré qu'il s'agit, dans ce cas, d'une action électro-chimique, mais il ne paraît pas en avoir saisi les applications véritablement utiles.

« Il me resterait à formuler les préceptes et un certain nombre de remarques importantes à connaître pour l'application de cette méthode; mais je craindrais, en insistant sur ces détails, d'abuser de la bienveillante attention de l'Académie. Voici cependant quelques brèves données.

« Après avoir essayé des piles beaucoup plus fortes, nous nous sommes arrêté à la pile de Bunsen composée de neuf éléments.

« Les aiguilles ne doivent pas traverser la tumeur dans toute son épaisseur. Leur implantation rencontre quelquefois une certaine résistance qui disparaît aussitôt que le courant est établi : circonstance importante à connaître pour faciliter l'introduction des électrodes et pour éviter leur pénétration trop profonde pendant le cours de l'opération.

« Au moyen d'un appareil fort ingénieux, inventé par M. Arn. Thénard, appareil que je ne puis décrire ici, il nous fut possible d'atténuer beaucoup, et même de faire disparaître les secousses, initiale et finale, pénibles pour le malade.

La tumeur peut être détruite du centre vers la circonférence ; mais il est quelquefois préférable de l'attaquer par sa circonférence ou par ses points d'implantation. Cette destruction périphérique supprime la circulation dans la partie centrale, qui est alors frappée de mort et éliminée. Si la tumeur présente un prolongement nasal visible au fond de la narine, on peut enfoncer par cette voie une des aiguilles et introduire l'autre par la voie palatine.

« L'ouverture buccale destinée à mettre le polype en évidence peut être beaucoup plus petite que celle que réclame l'excision : on pourra peut-être se borner à la simple incision du voile du palais, dont la réunion ultérieure ne présentera pas de difficultés.

« Bien que l'hémorrhagie soit peu à craindre, il est utile de se munir d'éponges et de petits tampons de charpie imbibée de perchlorure de fer, bien exprimés, pour les appliquer pendant la durée de l'opération sur les points d'où l'on verrait sourdre un peu de sang.

« Si l'on remarquait une extrême tendance à l'hémorrhagie, on pourrait se borner à implanter dans la tumeur l'électrode positive

ou coagulante, et à mettre l'électrode négative en contact avec une large surface extérieure, telle que celle de la jambe plongée dans un vase métallique contenant une dissolution saline.

« On peut, dans une même séance, faire trois ou quatre applications des aiguilles. Ces applications doivent être de courte durée, de trois à six minutes : elles peuvent être répétées avant l'élimination des eschares produites dans les applications précédentes.

« Les séances rapprochées, à moins de contre-indication, nous paraissent devoir être préférées aux séances éloignées.

« Bien que, dans nos opérations, nous ne nous soyons servi que d'électrodes en forme d'aiguilles, nous avons reconnu dans nos expériences qu'on peut également employer des plaques de platine diversement configurées, suivant le but qu'on veut atteindre : des boules, des demi-cercles dont nous possédons plusieurs spécimens très-habilement exécutés par M. Mathieu.

« On peut, dans certains cas, combiner l'action électrolytique avec divers moyens connus de destruction.

« Disons, en terminant, que le courant électrique n'est pas seulement applicable aux polypes naso-pharyngiens, et qu'il sera employé utilement contre toutes les tumeurs placées dans des conditions analogues. »

CHIMIE ET PHARMACIE.

Sur un nouveau moyen de conserver le protosulfate de fer hydraté.

Tout le monde connaît le moyen indiqué par Berthemot pour conserver le protosulfate de fer : il consiste, comme on le sait, à précipiter par l'alcool une dissolution concentrée de ce sel ; on obtient par ce moyen un sel qui se conserve très-bien. M. Baudt suit une méthode qui évite l'emploi de l'alcool et qui dispense d'essuyer les cristaux entre du papier à filtrer. Les cristaux, retirés de l'eau mère, sont étendus sur du papier à filtrer et réduits au moyen d'une spatule en poudre grossière et granuleuse. On place ensuite le papier avec les cristaux sur une plaque de fer et on les sèche avec précaution au-dessus d'un fourneau chauffé, en les remuant constamment ; enfin, on renferme le sel dans un flacon bien séché. Traité de cette manière, le sulfate de fer hydraté peut se conserver longtemps. M. Baudt en possède qui date d'un an et qui n'offre encore aucune trace d'oxydation.

Suivant M. Baudt, c'est l'eau interposée entre les cristaux qui occasionne l'oxydation comme contenant l'oxygène atmosphérique.

Sur la valeur hygiénique des vases de zinc.

Les vases de zinc ne cèdent à l'eau que des quantités complétement inoffensives d'oxyde de zinc, et il est important de les substituer aux réservoirs en plomb destinés à recueillir ou à contenir les eaux potables.

MM. Bouchardat et Fonssagrives sont arrivés, chacun de son côté, à des résultats qui sont résumés dans les conclusions suivantes :

1° Les préparations solubles de zinc (acétate, sulfate, malate, nitrate) jouissent, à doses suffisantes, de propriétés émétiques; mais quand celles-ci sont émoussées par l'exiguïté des quantités, rien n'autorise à admettre que ces composés puissent à la longue exercer sur l'économie une action altérante fâcheuse. Toutefois, le zinc ne peut servir ni à la confection ni au revêtement des vases destinés aux opérations culinaires.

2° Les préparations insolubles de zinc ne produisent de troubles digestifs qu'à des doses extrêmement fortes; elles ne paraissent pas non plus s'accumuler dans l'économie.

3° L'eau en contact avec le zinc métallique se charge de composés à peu près insolubles (hydrate d'oxyde, hydrocarbonate, ulmate de zinc). L'eau pluviale passant par les toits peut de plus renfermer une petite quantité de zincate d'ammoniaque.

4° Ces composés existent dans l'eau en quantité si minime, qu'on ne saurait leur attribuer aucune action fâcheuse sur l'économie.

5° Les données fournies par la toxicologie, l'hygiène publique, l'hygiène navale et la thérapeutique, attestent cette innocuité de l'eau qui a séjourné sur du zinc.

6° En conséquence, avec les données actuelles de l'hygiène, on ne saurait considérer comme dangereux l'usage des toitures de zinc et des gouttières qui collectent ou conduisent les eaux pluviales dans les réservoirs ou citernes. Les caisses de tôle zinguée en usage dans la marine sont, à tous les titres, préférables aux caisses de tôle ordinaire. L'eau s'y conserve plus limpide, en même temps que le zinguage préserve ces caisses d'une altération très-rapide et très-dispendieuse.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Chute du rectum chez les enfants.

On rencontre la chute du rectum chez les enfants autant et même plus souvent que chez les vieillards. Cette maladie, caractérisée par la procidence de la muqueuse rectale, ne doit pas être confondue avec l'invagination.

La chute de la muqueuse se présente sous forme d'un bourrelet rougeâtre au pourtour de l'anus; il n'apparaît que dans certaines circonstances, spécialement à la suite des efforts nécessités par l'acte de la défécation. Lorsqu'on explore le pourtour de ce bourrelet, on remarque qu'il tient à la circonférence de l'anus et qu'il présente un sillon circulaire superficiel; il a 2 ou 3 centimètres au plus de saillie. Au contraire, dans l'invagination, on remarque un prolongement rougeâtre beaucoup plus étendu, formant une sorte de tube qui fait une saillie de 5 à 6 centimètres, et de plus, autour de cette espèce de tumeur tubulée, on introduit facilement soit un stylet mousse, soit une sonde qui permet de tourner autour du cul-de-sac que fait l'intestin en se renversant sur lui-même.

Dans le premier cas, la simple chute du rectum, on reconnaît toujours pour cause, soit la diarrhée, soit la constipation, soit la présence d'un polype du rectum, soit un calcul vésical, soit enfin, et le plus souvent, la débilité générale de l'individu. C'est surtout sur des enfants d'un an à trois ou quatre que nous rencontrons cette procidence muqueuse rectale. Les petits malades sont presque tous débiles, épuisés par la diarrhée, par la mauvaise nourriture; lorsqu'ils vont à la garde-robe, la muqueuse de l'intestin fait saillie et rentre plus ou moins de temps après l'évacuation; quelquefois elle est d'un rouge vif, couverte de mucosités saignantes, d'autres fois elle présente des ulcérations lorsque la muqueuse reste longtemps au dehors. Les malades demeurent longtemps sur le vase de nuit, faisant des efforts et quelquefois fort peu de matière; ils ont souvent l'anus infundibuliforme. Ces chutes du fondement sont plus ou moins répétées, quelquefois deux ou trois fois par semaine, d'autres fois plus fréquentes, et même tous les jours.

En général, cette maladie n'est pas grave chez les enfants; elle se termine quelquefois pourtant par le sphacèle de la portion de muqueuse prolabée, qui s'enflamme peu à peu et finit par se détacher. Souvent les soins généraux et locaux modifient la maladie; ainsi, chez les enfants qui ont de la constipation, si, par un régime

convenable, si, par des lavements, on remédie à la cause, la procidence de la muqueuse cesse de se produire. Si c'est la diarrhée qui la détermine et qu'on vienne à la faire cesser, on voit encore les choses rentrer dans l'état normal. Il va sans dire que, dans les cas où c'est un polype du rectum ou un calcul vésical qui produit l'accident, il cède alors seulement que le polype est enlevé ou la pierre extraite.

Mais, dans les cas contraires, on se contente de fortifier les enfants par une bonne alimentation et des bains fortifiants ; si les toniques généraux ne suffisent pas, il faut employer des lotions astringentes, la décoction de feuilles de noyer, de roses de Provins, ou bien les solutions d'alun ou de tannin, l'eau vineuse, les applications froides et même glacées, enfin, quand ces moyens échouent, il faut en venir à d'autres.

Le taxis est indispensable pour faire rentrer momentanément la muqueuse. On se trouve bien de coucher pour cela les enfants sur un plan incliné, la tête et le tronc dans une position déclive et le bassin élevé; de cette manière, en pressant le bourrelet enveloppé d'une compresse de linge enduite de cérat, on comprime tout à la fois latéralement et dans la direction de la courbure du sacrum, en poussant même la compresse avec le doigt, on réduit ainsi pour un temps la muqueuse, qu'on peut maintenir avec un tampon de charpie fixé à l'aide d'un bandage ; mais ce n'est encore qu'un moyen palliatif, il faut en venir à d'autres plus actifs.

Je ne parlerai ni de l'excision du bourrelet, ni de sa destruction par la cautérisation, moyen qui m'a réussi à Bicêtre, chez les vieillards. Chez les enfants, la section des plis rayonnés de l'anus conseillée par Dupuytren ne m'a pas donné de bons résultats, elle a même été suivie d'érysipèle du pourtour de l'anus. Nous avons depuis 1845 mis en usage la cautérisation ponctuée au pourtour de l'anus; quatre pointes de feu suffisent. Nous employons ce moyen toujours en chloroformant les malades : nous portons une pointe de feu avec un petit cautère de dentiste à l'endroit correspondant au coccyx, puis vers le côté opposé en avant, et enfin deux autres à droite et à gauche. Ce mode de cautérisation nous a suffi, en prenant le soin d'enfoncer un peu l'instrument de manière qu'il arrivât sur le sphincter de l'anus, afin de rendre à ce muscle sa puissance de contraction dont il est privé; et nous avons vu plusieurs malades guérir en quelques jours. Les pansements consécutifs consistent dans des lotions d'eau froide.

Il arrive que la chute de la muqueuse reparaît encore quelque-

fois jusqu'à ce que la cicatrisation soit complète. Une ou deux fois nous avons dû revenir à une seconde opération ; mais cela dépendait de ce que la première cautérisation avait été trop superficielle et n'avait pas pénétré jusqu'au muscle ; le but de l'opération n'était donc pas atteint.

Les occasions si fréquentes que nous avons eues d'appliquer ce traitement, nous ont fait reconnaître une difficulté dans l'exécution de ces cautérisations. Bien que le malade soit endormi, il chasse toujours par des efforts l'intestin, et on est obligé, pour éviter de le cautériser, de l'incliner dans le sens opposé à celui où on porte la pointe de feu ; comme le bourrelet est lubréfié de mucosités, il glisse fréquemment et cela fait perdre du temps. Nous avons pris depuis quelque temps le parti, aussitôt que l'enfant est endormi, d'introduire dans le rectum un spéculum fenestré, qui a l'avantage de refouler la muqueuse. Cet instrument permet, en le tournant, de faire correspondre la fenêtre sur les points où nous voulons poser nos cautérisations, à la réunion de la muqueuse avec la peau, endroit qui correspond parfaitement au sphincter de l'anus, sur lequel on se propose d'agir. Ce moyen, comme tous ceux dans lesquels on use du fer rouge, est rarement suivi d'accident, aussi le préférons-nous aux autres traitements indiqués plus tard, soit par un de nos élèves, M. le docteur Duchaussoy, qui, le premier, a mis en usage devant moi, à l'hôpital des Enfants, des vésicatoires avec application de strychnine, soit par un autre moyen qui consiste à instiller au pourtour de l'anus, à l'aide de la seringue de Pravaz, deux ou trois gouttes d'une solution de strychnine au millième. M. Dolbeau a eu un cas de succès dans mon service. Depuis, mon collègue M. Giraldès n'a pas été aussi heureux, il a échoué : cependant, comme ce traitement est très-simple et inoffensif, lorsqu'on ne dépasse pas ces doses, on peut l'essayer avant d'en venir à la cautérisation.

Quant à l'invagination du côlon dans le rectum, le cas est beaucoup plus rare et plus grave, il dépend toujours d'un mauvais état général du tube digestif. Il est accompagné de coliques, de vomissements, d'accidents d'étranglement ; il se présente sous forme d'un tube muqueux plus ou moins long sortant par l'anus : la médecine doit, avant tout, combattre l'état général, qui réclame des toniques et des astringents, car on observe cette maladie chez des enfants débiles. Il arrive quelquefois que cette portion d'intestin invaginée se sphacèle et est expulsée en dehors, lorsque la maladie dure depuis quelque temps. Au début de la procidence de l'intestin, la chirurgie peut agir mécaniquement en refoulant l'intestin ; mais cela ne peut

se faire qu'à l'aide d'une grosse sonde de gomme élastique terminée en olive à son extrémité, ou bien avec un instrument que nous avons imaginé : c'est un anneau métallique fixé à l'extrémité d'une tige de baleine, de manière à faire angle droit avec la tige ; l'anneau doit avoir environ 15 millimètres de diamètre, le manche de l'instrument 20 centimètres environ de longueur : on le trouve chez Charrière. On engage dans l'anneau, préalablement graissé, la portion d'intestin invaginée, on pousse lentement et en tournant l'instrument vers le cul-de-sac, où on se trouve arrêté si l'invagination est ancienne, mais qui cède facilement à la pression si l'invagination est récente ; ce moyen de réduction peut n'être que palliatif, cependant on peut quelquefois espérer que l'intestin ne s'invaginera pas de nouveau.

R. GUERSANT,
Chirurgien des hôpitaux.

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons sur le diagnostic et le traitement des principales formes de paralysie des membres inférieurs, par M. C.-E. BROWN-SÉQUARD, médecin de l'hôpital des paralytiques et des épileptiques à Londres, membre de la Société royale, du collége des médecins de la même ville, membre honoraire de la Faculté de médecine et de chirurgie de Glascow, lauréat de l'Institut de France (Académie des sciences), etc., etc. ; traduites de l'anglais par M. le docteur Richard GORDON, bibliothécaire adjoint de la Faculté de médecine de Montpellier ; édition revue et annotée par l'auteur, avec une introduction sur la physiologie des actions réflexes, empruntée aux leçons de M. le professeur Rouget (cours de 1862-1863).

Depuis que Magendie, se plaçant vis-à-vis de la physiologie dans les mêmes conditions intellectuelles que Descartes à l'endroit de la philosophie, demanda à l'expérimentation directe les enseignements sur la vie qu'on avait demandés jusque là à des analogies lointaines, quand on ne les demandait pas aux vagues données de l'intuition pure ou de la théorie, nombreuses et variées sont les notions partielles qu'on a successivement acquises sur une foule d'actes nouveaux ou pathologiques qui se passent au sein de l'organisme vivant. Parmi ces notions, une des plus intéressantes, sans aucun doute, et des plus fécondes en applications, c'est celle qui regarde les actions réflexes. Les recherches excessivement remarquables que M. Brown-Séquard a consignées dans la série de leçons dont il s'agit en ce moment, ont essentiellement pour but de mettre en évidence la nature réflexe d'un certain nombre de paraplégies qui se rencontrent à chaque pas dans la pratique médicale, et, cette

nature une fois déterminée dans son mode de production, comme dans son mode vital, d'en fixer la thérapeutique. M. Brown-Séquard, supposant connues les recherches et observations qui mettent en pleine lumière les actions réflexes de l'ordre pathologique ou normal dans l'ensemble de leur généralité, n'avait pas cru devoir faire précéder *les leçons sur le diagnostic et le traitement des principales formes de paralysie des membres inférieurs*, publiées en anglais, d'un résumé de ses travaux sur cette capitale question; c'était une lacune: mais heureusement cette lacune, son savant traducteur, M. le docteur Gordon, l'a comblée, en ajoutant à sa traduction un excellent résumé des leçons de M. le professeur Rouget, de Montpellier, sur l'ensemble des actions réflexes qui se passent au sein de l'économie à l'état normal ou pathologique. Assurément, les leçons pures de M. Brown-Séquard pouvaient être comprises, et heureusement appliquées par une foule de médecins qui, parmi nous, tiennent à honneur de se tenir au courant des conquêtes de la science; mais il faut bien le reconnaître aussi, pour plusieurs l'enseignement de l'éminent médecin de l'hôpital des paralytiques et épileptiques à Londres, *physician to the national hospital for the paralyzed, and the epileptic*, eussent été, en grande partie, lettre close, si le bibliothécaire de la Faculté de médecine de Montpellier n'eût eu l'excellente idée de donner ce précieux couronnement à l'œuvre remarquable qu'il a cru devoir traduire.

Nous ne pouvons qu'engager les lecteurs du *Bulletin général de Thérapeutique*, qui voudront lire avec profit les savantes leçons de l'éminent médecin de Londres, de se bien pénétrer des notions étendues sur les actions réflexes dont M. le docteur Gordon a fait précéder sa fidèle et correcte traduction. Toutefois, comme l'auteur s'est appliqué à bien définir les conditions organiques, si non vitales, sur lesquelles reposent fondamentalement ces actions, soit dans l'ordre physiologique, soit dans l'ordre pathologique, qu'on nous permette de citer un court passage de la préleçon du médecin de Montpellier, qui, en posant nettement ces conditions, marque bien le caractère des actions réflexes dans l'organisme. « Ces conditions essentielles, dit-il, pour l'accomplissement des actions réflexes, c'est l'existence d'une chaîne nerveuse, dont le premier anneau est un nerf de sensibilité aboutissant à un centre ou groupe de corpuscules nerveux, d'où part un nerf moteur. Tous les centres nerveux proprement dits, c'est-à-dire tous les amas de corpuscules nerveux (cellules nerveuses) communiquant à la fois avec des nerfs

moteurs et des nerfs sensitifs, y compris même les ganglions du grand sympathique, possèdent la propriété de transformer les impressions reçues par le nerf sensitif en mouvements excités par le nerf moteur. »

Etant ainsi déterminées les conditions anatomiques des actions dont nous parlons en ce moment, un enseignement en sort tout d'abord d'une grande portée théorique, c'est que ces actions ainsi conçues remplacent à peu près complétement, dans la théorie moderne, ce qu'on a entendu généralement jusque-là sous le nom vague et mystérieux de sympathies. Les sympathies, la solidarité fonctionnelle, l'écho morbide, dans cette façon de comprendre ce côté de la vie, existent toujours, prennent même une beaucoup plus grande extension ; mais la lumière se fait dans le mystère, et l'œil suit la marche des phénomènes, et l'esprit croit entrevoir là un cas évident de la grande loi de la transformation des forces. Je me contenterai de ces courtes remarques sur le travail intéressant de notre laborieux confrère de Montpellier, et je viens de suite à l'objet principal de cette notice, les leçons mêmes de l'illustre médecin de Londres.

Nous ne nous astreindrons point à suivre M. Brown-Séquard pas à pas dans les diverses leçons auxquelles il a consacré son livre ; il nous semble préférable, pour en bien marquer l'intérêt éminemment pratique, de détacher de celles-ci les idées principales et les faits fondamentaux qu'il y développe avec un luxe de démonstration qu'on ne rencontre pas toujours, nous le disons avec regret, dans les auteurs français. Un des points essentiels qu'il devait tout d'abord s'attacher à mettre en plein jour, c'est la réalité des paralysies, surtout des paraplégies réflexes. C'est aussi bien à traiter largement cette question qu'il consacre exclusivement la première leçon, pour y revenir en une foule d'endroits de son livre. La paraplégie réflexe, dans la pensée du médecin de Londres, se distingue des autres paraplégies non-seulement par les conditions dans lesquelles elle se développe, et qui sont d'ordinaire une maladie des organes génito-urinaires, reins, vessie, prostate, utérus, ovaire, etc., etc., mais par les conditions organiques directes auxquelles elle se lie, par ses symptômes, sa marche et le mode de traitement qui lui est spécialement applicable. Le médecin de Londres, pour démontrer ces diverses propositions, a compendieusement rassemblé dans ses leçons une masse de preuves qui, si elles ne font pas nécessairement conviction immédiatement dans les esprits, ont droit au moins à fixer au plus haut degré l'attention des praticiens. La notion la plus

originale que sur ce point M. Brown-Séquard s'attache surtout à faire entrer dans la science, est relative aux conditions anatomiques dans lesquelles l'action réflexe place la moelle épinière pour produire la paraplégie. En quelques mots nous exposerons la théorie du savant physiologiste pour rendre compte des faits qu'il s'agit d'expliquer.

Dans sa pensée, étant donnée une lésion localisée, comme nous venons de le dire, cette lésion, quand elle aboutit à une paraplégie réflexe, le fait en déterminant une contraction des vaisseaux sanguins de la moelle, en anémiant celle-ci par conséquent ; l'anémie de la moelle par irritation transmise des vaso-moteurs aux vaisseaux qui s'y rendent, ou a quelques-unes de ses expansions périphériques, aux muscles même dans quelques cas, voilà, suivant notre laborieux auteur, le fait pathogénique fondamental de la paraplégie dont il s'agit en ce moment. Il n'y a point là, paraît-il, à moins que la maladie ne se prolonge un très-long temps, de lésion de texture inamovible ; c'est purement une simple inanitiation locale : d'où la marche particulière de la maladie, qui se subordonne à la lésion périphérique qui l'entretient, et d'où, dans une foule de cas, sa disparition rapide, en rapport avec la mobilité du trouble vital dont elle dépend, d'où enfin la spécificité des moyens thérapeutiques qui en triomphent d'ordinaire, et qui sont tout opposés à ceux qu'on peut utilement employer dans des paraplégies d'un tout autre ordre.

Pour concentrer la lumière sur le fait fondamental que nous venons d'esquisser, M. Brown-Séquard ne se contente pas de preuves directes ; et c'est là encore un côté de ces leçons qui nous a singulièrement frappé. Prenant tour à tour les divers modes de paraplégies qui se rencontrent dans la pratique, soit qu'elles se lient à une myélite aiguë ou chronique, à une méningite, à un ramollissement blanc de la moelle, à une tumeur intrà ou péri-médullaire, à une hémorrhagie de la moelle épinière, prenant, disons-nous, tour à tour ces divers modes de paraplégie, il s'applique à en tracer la symptomatologie dans ses rapports ou ses différences avec celle de la paraplégie réflexe pure. C'est ici surtout que se montre, avec toute la précision, toute la sagacité d'un observateur consommé, le médecin de l'hôpital des paralytiques de Londres. Dans la plupart des paraplégies que nous venons d'indiquer, il y a, à un degré quelconque, une hyperhémie de la moelle épinière ; cette augmentation dans la quantité du sang qui circule à travers ce centre nerveux ou ses membranes d'enveloppe, se traduit à l'observation par

des symptômes d'irritation des fibres nerveuses motrices (convulsions, crampes, contractions fibrillaires, érection du pénis, etc.), et par des symptômes d'irritation des fibres nerveuses sensitives, c'est-à-dire par des sensations rapportées à la périphérie, fourmillement; démangeaisons, picotements, douleurs lancinantes, sensations anomales de froid, de chaud, de constriction en ceinture, de compression, etc.; quand, au contraire, il s'agit d'une paraplégie réflexe, déterminée par l'inanitiation de la moelle, suivant le mécanisme vivant que nous avons précédemment indiqué, ou d'un ramollissement blanc et non inflammatoire, ces symptômes manquent, et ce silence est en rapport avec la vitalité abaissée d'un appareil gravement atteint dans sa nutrition intime.

Bien que je n'aie fait qu'esquisser les idées profondément originales qui fourmillent dans ce petit livre, je pense en avoir dit assez pour faire comprendre aux lecteurs de ce journal que, bien que ces idées soulèvent plus d'une objection, elles ont au moins l'avantage de nous sortir de l'ornière de la myélite universelle d'Ollivier (d'Angers), dans laquelle nous continuons à patauger depuis près d'un demi-siècle. Pourtant, puisque je me suis efforcé de condenser dans un tableau en miniature la large esquisse du médecin anglais quant à la nature et à la symptomatologie comparée des diverses formes de paraplégie, qu'on me permette, en finissant, d'indiquer au moins d'un trait rapide la thérapeutique à laquelle conclut M. Brown-Séquard, thérapeutique qui n'est pas une simple déduction des conceptions doctrinales de l'auteur, mais qui peut déjà citer en témoignage de son efficacité un grand nombre de faits attentivement observés.

Les conclusions du médecin de Londres ont ici une portée d'autant plus grande et une gravité plus haute, qu'elles ne vont à rien moins qu'à contredire carrément la pratique de beaucoup parmi nous. Voici en peu de mots l'esprit général de ces conclusions: Dans les paraplégies coexistant avec une hyperhémie de la moelle, et commandées par elle, la belladone, l'ergot de seigle, le stramonium, la jusquiame, le chanvre indien, sont les moyens auxquels il faut recourir, parce que ces agents ont pour résultat dynamique d'exciter les vaisseaux sanguins dans leur vitalité propre, par conséquent de les contracter, par conséquent encore de diminuer l'afflux du liquide nutritif dans l'organe congestionné. La strychnine qu'on emploierait, qu'on emploie quelquefois dans ces cas, est éminemment irrationnelle, car l'action de cette substance énergique consiste à augmenter la quotité du sang qui traverse la moelle et les mem-

branes, et par suite d'exalter les propriétés vitales de ce centre nerveux. Mais si ce mode d'action, que l'auteur s'est appliqué à démontrer dans une de ses leçons d'une manière tout expérimentale, la contre-indique formellement dans les paraplégies qu'on pourrait caractériser par le signe + pour les indiquer d'un trait ; il l'indique clairement, au contraire, dans les paraplégies d'une nature diamétralement opposée, telles que les paraplégies réflexes et celles qui se rattachent au ramollissement non inflammatoire. Le soufre, singulièrement préconisé par Graves, les douches froides, la supination prolongée, etc., sont encore des moyens auxquels on peut recourir avec grande chance de succès pour combattre ces dernières paraplégies, quand le diagnostic est bien fait.

A supposer que, parmi ces idées neuves, il en soit quelques-unes qui ne résistent pas au contrôle d'une expérience plus large que celle de M. Brown-Séquard, celle de tout le monde, son livre n'en restera pas moins comme un modèle de fine analyse et de clinique originale. Merci encore une fois à notre laborieux confrère de Montpellier, M. le docteur Gordon, de nous avoir donné la traduction de leçons aussi fécondes que celles-là, et qui sont appelées à redresser la pratique de plusieurs dans des maladies aussi graves que le sont en général les paraplégies.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Tétanos spontané. Emploi simultané de la médication sudorifique et de la fève du Calabar. Guérison. — Les cas de tétanos terminés par la guérison sont aujourd'hui trop nombreux pour qu'on soit autorisé à produire les nouveaux exemples dont on est témoin comme des faits exceptionnels. Toutefois, les moyens de traitement à mettre en œuvre contre cette redoutable névrose sont loin d'être nettement déterminés, et à ce titre la plupart des cas de guérison méritent encore d'être enregistrés.

Le fait que nous adresse M. Lemaire, interne distingué de l'hôpital des Enfants, présente un intérêt spécial, puisque, dans la médication à laquelle a été soumise son petit malade, est intervenu un agent jusqu'ici inusité dans la thérapeutique du tétanos, la fève du Calabar. Mais nous n'hésitons pas à rapporter les bons effets de l'intervention de l'art plutôt à la sudation qu'à l'action du nouveau médicament.

Voici l'observation de notre jeune confrère, ainsi que les réflexions dont il la fait suivre :

Obs. Le 26 avril 1864, est entré à l'hôpital des Enfants malades, salle Saint-Jean, n° 34, service de M. Bouvier, le nommé Guillé (Lucien), âgé de treize ans et demi.

L'enfant jouit habituellement d'une bonne santé ; il n'a pas fait jusque-là de maladies graves ; il a été vacciné, a eu la rougeole ; sa mère est morte, il y a six ans, de la variole ; son père, carrier, est sujet aux douleurs rhumatismales.

Notre malade est grand, fort, bien musclé, et paraît d'une solide constitution ; il est intelligent, répond fort bien aux questions qui lui sont faites ; ses réponses concordent fort bien, du reste, avec le récit des personnes qui l'ont amené à l'hôpital.

Le 22 avril, à l'occasion d'une blessure que s'était faite son père, il fit une longue course de Clamart à Fontenay pour chercher un médecin : il rentra chez lui tout en sueur et très-altéré, et aussitôt, pour apaiser sa soif, il but un grand verre d'eau froide. Il se mit ensuite à table ; mais à peine avait-il avalé quelques cuillerées de potage, que ses mâchoires restèrent, dit-il, fermées, violemment serrées l'une contre l'autre ; la contracture des masséters était tellement intense, que la cuiller que le malade avait alors à la bouche se brisa dans les efforts qu'on fit pour l'extraire. Depuis ce moment, le malade ne put ouvrir la bouche, et il éprouva de plus quelques roideurs dans les membres.

Il est amené à l'hôpital le 26 avril, et voici l'état qu'il offre à son entrée :

A l'examen du corps, on ne trouve aucune lésion traumatique récente ou ancienne, sauf au pied droit, au niveau du cou-de-pied, et au côté interne du gros orteil, de petites phlyctènes dues au frottement de la chaussure ; ces phlyctènes ne sont pas enflammées et ne causent aucune douleur au malade, qui n'en a même pas conscience.

Les mâchoires, fortement serrées l'une contre l'autre, ne permettent qu'un écartement de 1 centimètre au plus, sans qu'il soit possible, ni spontanément, ni en faisant beaucoup d'efforts, d'obtenir un écartement plus considérable. Les masséters sont fortement contracturés, durs, mais non douloureux au toucher. Les autres muscles de la face n'offrent rien de semblable. Il y a un peu de difficulté à parler, par suite de l'impossibilité d'ouvrir la bouche ; la déglutition est facile, l'introduction des boissons est seulement difficile. Les muscles de la nuque et les sterno cléïdo-mastoïdiens, les muscles des gouttières vertébrales, notamment au niveau de la région lombaire, sont médiocrement tendus et douloureux dans les mouvements spontanés ou provoqués ; la flexion des membres exige un certain effort. (Une pilule d'opium pour la nuit.)

Le 27. Pendant la nuit, il y a eu, à plusieurs reprises, pendant quelques minutes chaque fois, exacerbation dans la contracture et la douleur des muscles indiqués. Pas de céphalalgie, ni hyperesthésie, ni anesthésie cutanées. Intelligence et sens spéciaux parfai-

tement intacts. La respiration s'accomplit normalement ; pas de fièvre ; pouls à 84 ; soif modérée ; langue rosée ; bon appétit ; sueurs profuses à de certains moments ; constipation. (Traitement : une pilule d'extrait thébaïque de 0g,025 toutes les trois heures ; quatre ventouses vésicantes à la région lombaire, où existe le maximum de la douleur ; citrate de magnésie, 30 grammes ; vin, bouillons, potages, chocolat.)

Le 28. Le malade n'a pris que deux pilules : il n'a pas été possible d'en introduire davantage.

Le purgatif n'a procuré aucune évacuation.

La roideur des masseters, des muscles du cou et du dos est considérable ; l'écartement des mâchoires est plus difficile ; les douleurs lombaires ont diminué, bien que les muscles de la région soient plus contracturés. Les muscles des membres offrent plus de résistance aux mouvements d'extension et surtout de flexion.

Il n'y a pas eu de crises spasmodiques pendant la nuit, mais peu de sommeil. Les sueurs sont moindres ; pouls à 96. (Traitement : nouvelles pilules ; 30 grammes de citrate de magnésie ; lavement simple ; de nouveau, ventouses vésicantes le long des gouttières vertébrales. De plus, M. Bouvier, après s'être concerté avec M. Giraldès, a ordonné des paquets de poudre de fève du Calabar de 0g,05, à prendre toutes les quatre heures.)

Le 29. Le malade n'a pris qu'un paquet de poudre le matin ; le tiraillement des masseters, déterminé par les efforts nécessaires pour lui en faire prendre un second, a provoqué une crise spasmodique très-courte, mais extrêmement violente et très-douloureuse, pendant laquelle le corps offrait la roideur d'une barre de fer, le visage et les extrémités étaient cyanosés, la respiration suspendue ; une seconde crise, analogue à la précédente, avec menace d'asphyxie, mais survenue cette fois spontanément, a eu lieu à quatre heures de l'après-midi. Le soir, un demi-paquet de fève ; deux pilules d'opium ont été prises dans la journée. Il y a eu trois selles diarrhéiques. Sommeil la nuit.

La roideur augmente de plus en plus dans les muscles du cou, du tronc et des membres ; l'enfant ne peut plus fléchir la tête, il peut seulement lui faire exécuter de petits mouvements de latéralité ; les mâchoires, énergiquement serrées l'une contre l'autre, permettent à peine l'écartement nécessaire pour l'introduction des boissons et des pilules, et l'on craint, en violentant les masseters, de déterminer des douleurs trop vives et de susciter de nouvelles crises spasmodiques. La flexion des membres est presque impossible, à moins d'efforts considérables ; le front est ridé transversalement par la contraction des muscles frontaux ; les commissures labiales tirées en haut et en dehors par la contraction des muscles zygomatiques ; le visage, dans son ensemble, a pris l'expression du rire sardonique.

Les muscles de la poitrine commencent à se prendre ; la respiration est lente ; la déglutition des liquides est un peu gênée. Les mouvements spontanés ou communiqués provoquent des contractions fibrillaires, des spasmes dans les muscles contracturés ;

pouls à 112. Les sueurs sont moins abondantes; les urines le sont peu, normales ; soif modérée ; l'enfant pâlit ; l'intelligence est toujours parfaitement intacte.

Ce matin, le traitement par l'opium est suspendu. Le malade boira souvent de la tisane chaude ; il sera enveloppé dans une couverture de laine. Toutes les deux heures il prendra un paquet de fève du Calabar.

Le 30. Il y a eu hier deux crises convulsives violentes de quelques minutes, occasionnées par l'ingestion des boissons (roideur très-grande des membres et du tronc, cyanose des extrémités, écume à la bouche, perte complète de connaissance); assoupissement après les crises. Bon sommeil la nuit ; trois selles liquides ; huit paquets de poudre ont été pris.

Ce matin, l'enfant peut être soulevé tout d'une pièce, douleurs spontanées dans les masseters et dans les muscles du cou, sueurs très-abondantes, soif modérée, pouls assez fort, à 108. Même traitement.

Le 1er mai. Même état ; il n'y a pas eu de crises spasmodiques. Le malade a pris huit paquets de fève. Il y a eu quelques nausées sans vomissements ; transpirations toujours très-abondantes. Même traitement.

Le 3. La roideur des muscles a encore augmenté, la tête est renversée en arrière, dans une position fixe qu'il est impossible de faire cesser. L'opisthotonos est borné à la région cervicale. Le tronc n'est pas incurvé en arrière, il est rectiligne. Les membres sont dans l'extension ; de temps en temps, le malade ressent de petites secousses dans les muscles contracturés ; la transpiration est toujours très-abondante ; le corps est couvert d'une éruption sudorale miliaire ; pouls à 100, assez développé ; par de selles depuis trois jours. (Citrate de magnésie, 30 grammes ; toutes les heures un paquet de 5 centigrammes de fève du Calabar.)

Le 4. Le malade a pris quatorze paquets de fève ; il a eu dans la journée une crise convulsive relativement assez légère, deux selles liquides ; sueurs profuses ; jusqu'à présent le malade n'a pas vomi ; les pupilles n'ont pas cessé d'être normales ; pas de rétrécissement notable. Même traitement.

Le 6. L'enfant peut écarter un peu les mâchoires ; la roideur des muscles du cou et du dos est tout aussi intense, et le paraît même davantage ; celle des membres l'est un peu moins ; fréquentes secousses spasmodiques sans crises violentes comme celles du début. L'intelligence est intacte, mais l'enfant paraît abattu ; depuis hier il pousse de temps en temps des gémissements ; la respiration est courte, à 35 par minute; le pouls est petit, à 120 ; pas de selles depuis trois jours. (Traitement : une goutte d'huile de croton tiglium ; 15 grammes d'huile de ricin donnés hier n'avaient rien produit ; continuer la fève du Calabar.)

Le 7. La roideur diminue dans les divers muscles ; on fléchit plus aisément les bras. Le malade peut tourner la tête à droite et à gauche, mais ne peut encore la fléchir ; l'opisthotonos est beaucoup moins prononcé. Les mâchoires peuvent être un peu écartées ;

les secousses musculaires se reproduisent toujours, mais elles paraissent moins nombreuses. Le malade pousse des cris plaintifs, le jour et la nuit ; insomnie, soif intense ; le malade a bu plus de dix pots de tisane ; urines très-copieuses, ne renfermant ni sucre, ni albumine ; pouls fort, dur, à 120 ; respiration à 30 ; il y a eu trois selles. Il a pris douze paquets de fève ; une pilule d'opium pour le soir.

Le 9. Le mieux se soutient, les membres deviennent plus souples, le cou toujours assez roide ; la bouche peut être entr'ouverte de 3 centimètres environ. L'enfant se trouve mieux, encore quelques secousses spasmodiques ; le malade a bien dormi ; l'appétit revient ; soif toujours très-vive ; pouls à 98 ; respiration à 24. (Il prend de douze à quatorze paquets de fève à 0g,05) une pilule purgative.

Le 10. Douleurs assez vives dans les jambes. Néanmoins le mieux persiste, il n'y a plus eu que deux ou trois secousses dans les membres ; la roideur est moindre ; pouls à 108. (Une goutte d'huile de croton, la pilule purgative n'ayant pas procuré d'évacuation.)

Le 11. Il y a eu plusieurs crises spasmodiques un peu plus violentes que les jours précédents ; les douleurs des jambes sont également plus vives ; même état du reste ; pouls à 100, pas de sommeil. La fève du Calabar est portée 0g,10 à prendre toutes les heures ; vin de quinquina, vin de Bordeaux, deux pilules d'opium ; liniment chloroformé.

Le 12. Les secousses musculaires sont moins violentes ; il n'y en a eu que deux ou trois. Les mâchoires peuvent être écartées davantage. Les douleurs des jambes ont cessé ; sommeil bon ; constipation. (La goutte d'huile de croton d'avant hier n'a amené aucune évacuation ; un lavement purgatif.)

Le 13. L'enfant peut s'asseoir quelques instants ; la flexion des jambes et des bras offre peu de résistance. L'écartement possible des mâchoires atteint 5 centimètres environ ; le cou est toujours roide ; langue blanche ; sueurs abondantes ; pas de contraction pupillaire. (Les paquets de fève pris ont été au nombre de neuf à dix ; ils ne seront plus donnés que toutes les deux heures ; plusieurs selles.)

Le 17. Le mieux continue. L'enfant s'asseoit bien dans son lit ; la flexion du cou commence à se faire un peu spontanément ; l'enfant mange ; pouls à 80 ; suspension de la fève du Calabar.

Le 20. L'enfant s'est levé aujourd'hui pour la première fois ; la marche est possible, mais pénible, comme saccadée ; l'enfant a maigri et pâli.

Le 25. La roideur du cou a complétement disparu ; l'écartement des mâchoires est normal ; la marche est encore un peu vacillante.

Le 28. *Exeat.* La marche laisse encore très-peu de chose à désirer.

Huit jours après, le malade est venu nous voir ; il était parfaitement rétabli.

Ainsi, dans cette observation, il s'agit d'un tétanos survenu brusquement à la suite d'une cause occasionnelle des plus favorables

à la production des manifestations rhumastismales chez un enfant de treize ans et demi, issu d'un père rhumatisant.

Ce tétanos a suivi une marche lente, augmentant d'intensité pendant une douzaine de jours environ, mettant pendant cet intervalle plusieurs fois la vie du malade en danger, puis décroissant graduellement, sauf quelques légères alternatives de pire et de mieux-être, pour disparaître enfin dans l'espace de cinq à six semaines. Le traitement a consisté essentiellement, à part les purgatifs répétés, s'adressant à une constipation opiniâtre, et quelques légères doses d'opium pour combattre l'insomnie : 1° dans l'emploi des moyens propres à entretenir une *sudation* abondante (enveloppement dans la couverture de laine, boissons chaudes et copieuses) ; 2° dans l'emploi de la fève du Calabar porté graduellement de 0g,075 à 0g,90 et 1 gramme.

Quelle part convient-il de faire au traitement dans la terminaison heureuse de la maladie ?

Lequel des deux moyens, sudation ou fève du Calabar, peut revendiquer le plus d'honneur dans la guérison ?

Au sujet de la fève du Calabar, notons qu'elle a été toujours parfaitement tolérée, malgré les doses élevées auxquelles elle a été portée, sans produire jamais ni vomissements, ni contraction pupillaire, deux de ses phénomènes physiologiques les plus constants. Il est possible qu'elle n'ait pas été absolument étrangère au résultat obtenu, mais nous pensons plutôt, nous fondant sur les observations antérieures, que c'est à l'évolution, à la marche lente de la maladie et à la sudation abondante longtemps entretenue qu'il faut attribuer la guérison.

A ce propos, rappelons un autre fait observé l'an passé dans le même service. Il s'agissait d'un tétanos survenu dans des conditions analogues, mais dont les accès beaucoup plus rapprochés et extrêmement intenses, momentanément calmés par les inhalations chloroformiques employées concurremment avec l'opium, devinrent bientôt subintrantes et déterminèrent promptement une asphyxie mortelle.

Ces faits de tétanos spontané sont, comme on le sait, extrêmement rares dans nos climats. Une affection qui l'est beaucoup moins, et qui même, à de certaines époques, est relativement fréquente, c'est la contracture spasmodique des extrémités, ou mieux la tétanie, affection généralement bénigne. Ainsi, cet hiver, à l'hôpital des Enfants, nous avons eu l'occasion d'observer un grand nombre de [illegible]tte nature. La contracture, quelquefois, mais très-rarement

primitive, consécutive le plus souvent à quelque trouble des voies digestives et en particulier à la diarrhée, que celle-ci fût simple ou qu'elle se rattachât à une affection plus générale, la rougeole, par exemple, était dans le plus grand nombre des cas limitée aux extrémités supérieures ; elle s'étendait dans d'autres cas aux quatre membres, et alors en général était plus intense aux supérieurs qu'aux inférieurs. Parfois elle atteignait quelques muscles de la face ou du cou, et était même, dans plusieurs cas, accompagnée de spasmes de la glotte et d'éclampsie. La mort a plusieurs fois suivi, mais elle a toujours paru alors être sous la dépendance de la gravité de la maladie primitive, dont la contracture ne semblait être qu'un épiphénomène.

En présence de ces faits, on pourrait se demander si le malade qui fait le sujet de notre observation n'a pas eu la tétanie plutôt que le tétanos véritable. La gravité des symptômes qu'il a présentés n'est pas une raison suffisante pour rejeter cette idée, témoin l'exemple cité par M. Trousseau dans sa clinique, où il s'agissait d'une femme dans l'état puerpéral, en proie à une cachexie syphilitique et épuisée par une diarrhée très-abondante et très-opiniâtre, et qui succomba promptement à l'asphyxie déterminée par la *tétanie*, dont furent pris les masseters et les muscles respiratoires après les muscles des extrémités inférieures.

L'influence du refroidissement, comme cause occasionnelle de la maladie chez un sujet présentant des antécédents héréditaires de rhumatisme, et la constipation opiniâtre dont le malade était affecté, sont encore deux circonstances qui pourraient faire penser à la tétanie, sans exclure toutefois l'idée du tétanos. Le refroidissement, en effet, figure au nombre des causes les plus fréquentes de la tétanie, et la constipation, — bien que ce soit le plus souvent la diarrhée qui joue ce rôle, — a paru, dans quelques cas, notamment dans un de ceux cités par M. Trousseau, avoir une influence évidente sur la production de la contracture spasmodique des extrémités. Néanmoins nous persistons à croire que nous avons eu affaire à un tétanos véritable, nous fondant sur le siége primitif de la contracture dans les muscles des mâchoires.

Dans la contracture rhumatismale, en effet, le trismus, qui manque le plus souvent, ne vient qu'après la contracture des extrémités ; c'est l'inverse dans le tétanos, et c'est le cas de notre malade.

D'ailleurs peut-être n'est-il pas [illegible] affections une distinction absolue, [illegible]

grave, pouvant à la rigueur être considérée comme la transition entre la simple contracture des extrémités, à forme bénigne, et le tétanos véritable.

La *tétanie* de nos pays serait la forme plus ou moins mitigée du tétanos spontané qui, à part de rares exceptions, ne se développe avec toute sa gravité que dans les pays chauds.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Tartre stibié dans le traitement de l'ophthalmie scrofuleuse. L'emploi de l'émétique à doses fractionnées est en grand honneur en Angleterre dans les diverses formes d'affections strumeuses, soit de la conjonctive, soit de la cornée. Quelques spécialistes en France y ont également recours; mais il serait bon que ce moyen, s'il possède l'efficacité qu'on lui attribue, entrât dans la pratique courante, car il s'adresse à des maladies très-communes.

Voici comment s'exprime à son sujet M. Edwin Chesshire, chirurgien à l'hôpital ophthalmologique de Birmingham et Midland.

« J'ai employé l'émétique, soit seul, soit additionné d'opium, si souvent et avec tant de succès dans ces affections de l'œil, ordinairement longues et opiniâtres, que je n'hésite pas à engager mes confrères à en faire un usage plus fréquent.

Dans les cas d'ophthalmie strumeuse qui s'accompagnent d'une photophobie excessive, j'ai trouvé que l'administration intérieure du tartre stibié à des doses variant de un vingtième à un douzième de grain, suivant l'âge du malade, procurait les avantages les plus décidés. Son efficacité était vraiment remarquable dans des cas où la quinine, le fer, l'arsenic et l'huile de foie de morue avaient été essayés tour à tour et avaient échoué. Aucun remède, à ma connaissance, ne triomphe aussi constamment et d'une manière aussi complète de la photophobie, ce symptôme si pénible des affections oculaires scrofuleuses.

Dans l'ophthalmie phlycténulaire, dans la kératite vasculaire aiguë et chronique ou pannus, sans complication de blépharite granuleuse ou de trichiasis, l'emploi continu du tartre stibié à petites doses arrête les progrès de l'affection avec beaucoup de sûreté ; on peut de bonne heure combiner avec ce moyen l'usage des stimulants locaux, combinaison qui peut être continué, au besoin, pendant longtemps, sans inconvénient pour la santé générale. En effet, les malades auxquels j'ai fait prendre le tartre antimonié, soit à l'hôpital, soit dans ma pratique particulière, — et j'ai prescrit ce médicament dans des cas très-nombreux, — m'ont dit presque invariablement qu'ils se sentaient plus de force et d'énergie pendant le temps qu'ils prenaient le remède. Il est bien entendu que, lorsqu'il y a photophobie intense, les malades doivent être soustraits à l'action de la lumière, moyen qui agit sans aucun doute favorablement et qui ne doit pas être négligé; mais il est remarquable combien ce symptôme cède plus promptement lorsqu'on a recours au traitement par l'émétique, tel qu'il vient d'être indiqué. »

A l'appui de ce qui précède, un autre praticien anglais est venu apporter le contingent de son expérience personnelle. M. W. Price, chirurgien de deux hôpitaux destinés aux scrofuleux, enfants et adultes, nous apprend que dans les six dernières années il a eu dans son service cent neuf cas d'ophthalmie strumeuse chez des sujets au-dessous de quinze ans : sur ce nombre, trente-huit avaient une photophobie intense, et vingt-cinq étaient atteints soit de kératite vasculaire, soit d'ophthalmie pustuleuse. Ils ont tous, ou presque tous, été traités par le tartre stibié à doses faibles, mais répétées, et, à l'exception d'un très-petit nombre de cas, avec les résultats les

plus avantageux. (*British med. journ.* juin 1864.)

Traitement de l'angine couenneuse par la glace, les gargarismes et les boissons glacées. Ayant lu dans le compte rendu de la *Revue contemporaine* qu'un médecin français, à la Havane, avait obtenu les meilleurs résultats de ces moyens, et que des faits semblables avaient été observés dans d'autres localités, M. le docteur Lacaze, de Saint-Denis (Réunion), s'était promis de recourir à ce traitement lorsque l'occasion viendrait à se rencontrer. Découragé par l'insuccès trop fréquent de la plupart des médications mises ordinairement en usage, il s'est cru autorisé à essayer d'un moyen qui n'a rien d'irrationnel; d'après les faits qu'il rapporte, les résultats obtenus seraient de nature à inspirer de la confiance.

Le 2 avril dernier, après que déjà deux enfants dans la même famille, l'un de deux ans et demi, l'autre de treize mois, venaient de succomber à une angine couenneuse propagée au larynx, un troisième enfant, garçon de dix ans, ayant été atteint à son tour, notre confrère obtint des parents ce qui lui avait été refusé pour les deux précédents sujets, de tenter l'effet de la glace. Le jeune malade était dans l'état suivant : chaleur à la tête, fièvre légère, glandes et ganglions sous-maxillaires engorgés, amygdales tuméfiées, anfractueuses, recouvertes en partie de fausses membranes; dans l'arrière-gorge, deux bandes blanchâtres assez épaisses. La glace fut employée immédiatement : limonade de tamarin glacée, toutes les heures; gargarisme fait avec une décoction de plantes astringentes, glacé, toutes les demi-heures; de temps en temps un glaçon est placé dans la bouche. Le 3, au matin, les amygdales sont à peu près nettoyées; les bandes couenneuses du fond de la gorge ont beaucoup diminué; la muqueuse est rosée, lisse. Toute la journée les mêmes moyens sont continués. Alimentation légère. Le soir, le mieux continue; les amygdales, sensiblement diminuées, offrent encore quelques points blancs, mais très amincis. Mêmes moyens plus espacés dans la nuit. Le 4, au matin, la gorge presque dans l'état naturel, à peine quelques traces légères de fausses membranes; le cou dégonflé; le jeune malade n'éprouve plus aucune gêne et demande à sortir; aliments. Le soir, nulles traces de taches; muqueuse lisse, d'un rouge vif; un peu de toux sèche. Cessation de la glace. Boissons adoucissantes; transpiration abondante. Le lendemain, gorge nette; guérison.

Le même résultat fut obtenu tout aussi rapidement chez une jeune servante de sept à huit ans, atteinte à son tour, le 3 avril, dans la même maison. Le 6, la guérison était complète.

Enfin, M. Lacaze a eu recours au même moyen, également avec succès, chez un enfant de dix mois, vu en consultation avec les docteurs Azéma et Richard; seulement l'âge obligea à des modifications dans le mode d'application. C'était, dit l'auteur, un cas complet de diphthérite : toute la gorge envahie, ainsi que les narines, qui laissaient écouler une matière muco-purulente caractéristique; ganglions du cou énormes, face pâle, respiration gênée, voix rauque, mais non croupale. L'eau glacée simple est injectée toutes les demi-heures dans la gorge et les narines; un petit glaçon est maintenu de temps à autre dans la bouche par la mère. Au bout de vingt-quatre heures amélioration sensible; la gorge, les narines se nettoient; la muqueuse apparaît rosée et lisse. Continuation des mêmes moyens pendant trois jours. Alors apparaît une bronchite intense générale. La voix n'est pas croupale. On cesse la glace; un vésicatoire est appliqué sur la région sternale. Les amygdales toujours tuméfiées, mais rosées, avec quelques taches insignifiantes. La respiration est gênée; le pouls fréquent, déprimé. Boissons gommées; bouillon léger. Au bout de douze jours la convalescence est bien établie. Les amygdales restent encore un peu tuméfiées; l'arrière-gorge est nette.

Tels sont les faits publiés par le docteur Lacaze. Nous ne pensons pas qu'il y ait lieu de leur opposer une fin de non-recevoir appuyée sur une question de diagnostic. Les deux morts par croup qui ont précédé de peu de jours le premier de ces cas, la transmission à d'autres enfants dans la même maison, et, dans le dernier cas, l'examen fait par une consultation de médecins, sont des garanties sérieuses. Or, l'angine couenneuse est une maladie, on peut le dire, contre laquelle toutes les expérimentations, pourvu qu'elles ne soient pas absurdes, sont justifiées. Nous espérons

qu'on répètera celle-ci, qui nous semble d'ailleurs en elle-même exempte d'inconvénients. (*Union méd.*, juillet 1864.)

Trente grammes de sulfate de quinine administrés par erreur. Les erreurs en médecine, comme en toutes choses, portent avec elles leur enseignement. C'est ce qui nous engage à rapporter le fait suivant.

Le docteur Hayler, médecin militaire, faisant sa visite à la caserne, trouva un soldat, Suisse de nation, âgé de trente ans, de petite taille, mais de forte constitution, qui était atteint d'une rechute de fièvre intermittente, et lui prescrivit une petite dose de sulfate de quinine. En même temps, il donna l'ordre à un homme d'aller chercher à l'hôpital 1 once de ce même médicament, afin d'en avoir à sa disposition à tout événement. A son retour, celui-ci supposant que c'était là la dose qui devait être prise, délaya dans un verre, avec suffisante quantité d'eau, la totalité du contenu du flacon, et, en présence de plusieurs autres soldats, la fit prendre au patient qui, bien qu'il trouvât le remède extraordinairement amer, ne s'arrêta que lorsqu'il eût tout ingéré. Le docteur Hayler, en apprenant ce qui s'était passé, s'empressa de visiter le malade et se livra à une enquête qui ne lui laissa aucun doute sur la réalité du fait. Chose qui semble incroyable, à l'exception d'une surdité complète et d'une sorte de stupeur, il ne se manifesta aucun effet fâcheux, et l'on n'administra aucun antidote. Le malade transporté à l'hôpital, y fut gardé en observation pendant huit jours, au bout desquels il sortit dans un état de santé parfaite, et complétement délivré de sa fièvre d'accès, qui n'a pas reparu depuis.

Inutile de dire que le médicament, fourni par la pharmacie d'un hôpital militaire, ne pouvait être falsifié. Il eût été intéressant d'analyser pendant les jours suivants les excrétions du malade, afin de rechercher si la totalité de la substance ingérée avait été absorbée; mais cette analyse a été négligée. Il reste donc de ce fait, qu'un homme, atteint de fièvre intermittente récidivée, a pu ingérer une dose aussi énorme de sulfate de quinine impunément et sans éprouver à un degré excessivement intense l'action physiologique caractéristique de cette substance. (*Med. Times and Gaz.* et *Dublin med. Press.*, mai 1864.)

Cicatrices d'allongement, application à l'étroitesse du méat chez un sujet hypospade. Malgré les efforts des chirurgiens, l'art était resté presque toujours impuissant, sinon pour agrandir, du moins pour tenir agrandies, après les avoir incisées ou dilatées, les ouvertures naturellement ou accidentellement trop étroites ; en un mot, pour détruire les adhérences formées par les tissus de cicatrices. Amussat a imaginé un procédé qu'il a appliqué dans un grand nombre de cas et à l'aide duquel il a pu obtenir l'agrandissement permanent d'ouvertures trop étroites, tels que le méat urinaire, le prépuce, l'anus, la destruction de brides et d'adhérences consécutives aux brûlures, etc, Ce procédé consiste à *aviver* tous les jours, ou tous les deux jours, l'angle de la plaie qui a été faite, afin de détruire la membrane pyogénique, qui tend toujours, en s'organisant, à rapprocher les deux bords de la solution de continuité. L'angle ainsi mis dans l'impossibilité de se cicatriser prématurément, les deux surfaces de l'incision se cicatrisent isolément.

M. le docteur Amussat fils nous a montré, il y a quelque temps, un résultat complet obtenu à l'aide de ce procédé.

Un jeune homme de dix-huit ans lui fut adressé le 2 novembre 1863, pour remédier à un vice de conformation de l'urètre. Ce jeune homme est hypospade ; quand on relève la verge, on voit sous le gland, au niveau de la couronne, deux orifices pouvant admettre un stylet de trousse. L'orifice antérieur conduit à un cul-de-sac de 1 centimètre de profondeur ; le postérieur, placé à 3 millimètres en arrière et au-dessous du premier, est le méat urinaire. Ce jeune homme raconte qu'il a toujours uriné par un jet très-fin, et qu'étant tout jeune on lui a fait une opération qui n'a pas réussi. Au mois de mai 1863, il contracta une urétrite, qui fut traitée par les moyens ordinaires ; l'urine vint alors plus difficilement, et à la fin d'octobre, le méat étant collé le matin, il était obligé de l'ouvrir, non sans difficulté, avec une épingle. Il fit part de cette circonstance à son médecin, M. le docteur Naudin, qui l'engagea à consulter M. Amussat fils. Notre confrère ayant constaté le vice de conformation que nous avons décrit, reconnut qu'une

opération pouvait seule rendre au méat sa dimension normale. Le 3 novembre, assisté de M. le docteur Naudin, M. Amussat introduisit dans l'urètre une sonde cannelée très-fine, et à l'aide d'un bistouri conduit dans sa rainure, il débrida le méat naturel, de manière à pouvoir introduire une bougie de 9 millimètres. Une sonde fut placée à demeure, et retirée le lendemain.

A dater de ce jour, notre confrère aviva chaque matin, à l'aide d'un ténotome, l'angle de la plaie jusqu'au 18 du même mois, et de temps en temps le malade dut introduire une bougie conique. A cette époque, les lèvres du méat étant cicatrisée isolément, on se contenta de passer de temps à autre une bougie de 8 millimètres. (*Gaz. des hôpitaux*, juin 1864.)

Plaie de la face, revivification d'un vaste lambeau. Nous avons souvent consigné dans notre recueil des faits témoignant des ressources de la nature pour la revivification de parties presque complétement séparées du corps; mais on a rarement occasion d'en observer dans lesquels le lambeau soit aussi considérable que dans le cas suivant.

Un Arabe, robuste et bien constitué, fut apporté à l'hôpital militaire d'Orléansville, en novembre 1861, dans le service de M. Vallin, médecin en chef, pour deux plaies étendues, l'une de l'épaule, que nous ne ferons que mentionner, l'autre de la face.

Un coup de yatagan avait été porté obliquement sur la face, de gauche à droite. La plaie partait de la lèvre inférieure, remontait sur la supérieure, divisait obliquement la narine du même côté et le cartilage nasal, déchirait les deux tiers externes de la paupière inférieure gauche, et la lame de l'instrument, arrivée sur l'éminence malaire, avait glissé sur cet os et s'était arrêtée dans la lèvre supérieure, vers la commissure gauche, à 1 centimètre environ de celle-ci. Ce large lambeau, qui comprenait le nez avec ses cartilages, la partie antérieure du maxillaire supérieur avec les quatre dents incisives qu'il supporte, était complétement détaché de la face, et était suspendu sur la partie supérieure de la poitrine par le simple pédicule que lui fournissait la lèvre supérieure, pédicule ayant toute l'épaisseur de cette lèvre, mais pas plus de 6 millimètres d'étendue en hauteur. Les parties, avant l'entrée à l'hôpital, avaient été rapprochées au moyen de dix points de suture et de bandelettes agglutinatives. Le lendemain, la portion de la joue gauche qui formait presque la totalité de la masse charnue du lambeau, était d'une température bien inférieure à celle de l'autre côté de la face; le lambeau paraissait comme flétri; les quatre incisives, fixées dans leurs alvéoles, lui étaient adhérentes. A l'aide d'un fil d'argent elles furent assujetties aux deux premières molaires, les canines faisant défaut, et de plus maintenues au moyen de deux petites bandelettes de gutta-percha, placées l'une en avant et l'autre en arrière. Sous l'influence de fomentations vineuses chaudes, la circulation ne tarda pas à redevenir plus active. Mais, en partie par le fait de l'indocilité du malade, qui avec sa langue repoussait sans cesse en avant les incisives, en partie par le poids du lambeau qui tiraillait les sutures, celles-ci se déchirèrent, et le cinquième jour le lambeau avait glissé et le nez se trouvait porté à gauche et un peu en bas. Il fallut remettre les parties dans leur situation normale, et appliquer de nouvelles sutures; on en mit douze, à l'aide de petites épingles, suivant la circonférence de la plaie: le fragment du maxillaire portant les incisives, qui ne paraissait pas devoir se réunir par cicatrisation osseuse, fut détaché à l'aide du bistouri; et, pour prévenir un nouveau déplacement, on fit équilibre au poids du lambeau au moyen de deux petits crochets mousses, introduits dans les narines et fixés au front par des bandelettes agglutinatives. Dès lors, les choses marchèrent.

La plaie commença à se cicatriser par l'aile droite du nez, vers l'angle externe de l'œil, sur la pommette; mais la paupière inférieure avait été tellement meurtrie, que son bord libre disparut dans la suppuration; la cicatrisation se fit, mais avec un ectropion. Il fallut recourir au bistouri pour aviver les bords de la plaie de la lèvre supérieure, qui avaient une tendance à se cicatriser isolément; après l'avivement, les bords furent rapprochés et réunis par des sutures au moyen d'épingles. D'ailleurs, la cicatrisation s'était faite du fond de la plaie à la surface. Le 16 janvier, le blessé sortait de l'hôpital parfaitement guéri, à part l'ectropion, qu'il n'avait pas voulu se laisser opérer. (*Gaz. méd. de l'Algérie* et *Gaz. hebdom.*, mai 1864.)

Luxation de la tête du péroné. La luxation de l'extrémité supérieure du péroné a été observée, dans ce cas, chez un garçon âgé de neuf ans. Elle paraissait s'être produite pendant que ce garçon, en sautant en bas d'un mur haut de six pieds, s'était heurté le côté externe du genou contre un obstacle. Les signes suivants ont été notés par l'auteur : la jambe était dans la demi-flexion, le pied légèrement dévié en dehors. L'extension et les flexions complètes de la jambe étaient impossibles. On observait une saillie anomale au côté externe et postérieur de la jambe, environ 3/4 de pouce en arrière du point où la tête du péroné se trouve à l'état normal; on constatait distinctement qu'à cette saillie venait s'insérer le tendon du biceps, qui était fortement tendu, et offrait de temps en temps des contractions spasmodiques. La réduction fut obtenue facilement par quelques manipulations ayant pour effet de ramener la tête du péroné en avant, et le péroné ne montra aucune tendance à se déplacer de nouveau. (*Amer. journ.* et *Gaz. médicale*, juin 1864.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Sédation par le froid artificiel des douleurs de l'accouchement. Aux yeux de M. Mortimer Granvill, les douleurs ne sont pas une condition indispensable pour qu'il se produise des contractions de l'utérus. Il a, plusieurs fois, non pas supprimé, — ce n'est pas son but, — mais atténué la douleur de l'accouchement, en appliquant le froid sur la partie où elle se produit, et le travail expulsif n'en marchait pas moins vite. Il se produit même alors ceci de remarquable, que la femme croit le travail suspendu par cela seul qu'elle ne sent pas de douleur, tandis que l'accoucheur en constate, au contraire, par le toucher, le progrès sensible.

M. Granvill propose donc l'usage du froid comme moyen d'atteindre, avec moins de danger, le même résultat que par les anesthésiques. Mais il faut que le froid soit persistant et intense, qu'il soit produit par un mélange réfrigérant, autrement il ne rendrait que peu de services. (*Obst. Soc. of London*, mai 1864.)

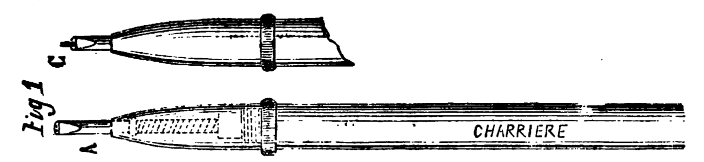
Traitement de l'iritis syphilitique avec synéchie, par la fève de Calabar et le sulfate d'atropine. Au point de vue physiologique, on peut considérer la fève de Calabar comme l'antagoniste de l'atropine dans son action sur l'iris. De plus, l'atropine paralyse le muscle ciliaire et déplace le point visuel en produisant la presbytie; tandis que la fève de Calabar a pour effet de rapprocher beaucoup le point visuel en l'assimilant à la myopie, sans que le point normal en soit altéré. Quelle que soit d'ailleurs la rétraction pupillaire après l'emploi de la fève de Calabar, elle augmente encore si on fait tomber sur cette pupille, au moyen d'une loupe, les rayons lumineux concentrés. Les effets de l'atropine persistent plus longtemps. Il est ordinaire qu'un œil soumis à son action ne revienne pas à son état normal avant sept ou huit jours, tandis que l'action de la fève de Calabar est à peine de quelques heures.

Les applications thérapeutiques dérivent de ces propriétés physiologiques. En alternant son emploi avec celui de l'atropine, M. Petit s'est proposé pour but de causer des dilatations et des rétrécissements successifs qui ont surtout pour résultat de déchirer les brides, les synéchies antérieures et postérieures de l'iris.

L'emploi de la fève de Calabar est tout rationnel dans la mydriase; elle vient puissamment en aide dans le glaucôme pour pratiquer l'iridectomie, car l'iris contracté est plus facilement saisi et coupé. En outre de ces applications, en quelque sorte mécaniques, on sait que l'atropine doit être considérée comme un véritable antiphlogistique dans les grandes inflammations et les douleurs vives de la plupart des ophthalmies graves. (*Société centrale de méd. du Nord*, avril 1864.)

Nouvel instrument pour pratiquer la vaccination. M. J. Charrière a présenté à l'Académie un nouveau vaccinateur de l'invention du docteur Chassagny (de Lyon) et fondé sur les phénomènes physiques de la capillarité. Ainsi que le montrent les figures ci-jointes, cet instrument se compose d'un réservoir A (fig. 1), terminé par une extrémité capillaire qui se rem-

plit, soit en présentant cette extrémité à la gouttelette d'une pustule vaccinale, soit en soufflant dans son intérieur le contenu d'un tube. Deux aiguilles C, accolées l'une à l'autre, sont enfermées dans ce réservoir, on les



fait pénétrer sous l'épiderme en appuyant plus ou moins fortement et d'une manière plus ou moins oblique leur extrémité contre la peau. On peut ainsi faire une vingtaine de piqûres sans recharger l'instrument.

Des resections longitudinales comme procédé d'évidement des os. Dans le grand nombre d'évidements des os dont nous avons publié les observations, dit M. Sédillot, nous avons signalé la résection longitudinale du tibia, du fémur et des autres os du squelette, comme un des moyens d'arriver au canal médullaire et d'enlever avec la gouge, la rugine, la scie, le trépan, les ciseaux et les divers ostéotomes, les parties malades, ou de les détruire par la cautérisation ignée.

Le but principal de ces opérations était de laisser intacte une surface osseuse périostée, capable de conserver au membre sa longueur, sans détruire les insertions musculaires les plus importantes, et de fournir à la régénération des os les éléments d'une activité réparatrice complète, par la transformation ostéoplastique des cellules plasmatiques du périoste et de la couche osseuse évidée.

Cette méthode, dont les avantages n'ont pas été contestés, était la suite et la confirmation des règles curatives tracées par les plus anciens et les meilleurs observateurs, et se présentait avec la double recommandation d'une filiation scientifique non interrompue et d'une explication rationnelle de faits jusqu'alors purement empiriques, dont la valeur avait été, à plusieurs reprises et particulièrement de nos jours, mise en doute et combattue.

Eclairé par l'histoire de notre art et par les remarquables travaux de Duhamel, de Troja, de Macdonal, de Heine, de Swan, Wirchow, etc., et par ceux de M. Flourens, nous avons pu commencer et continuer, depuis plusieurs années, nos opérations d'évidement, sans recourir à des expériences directes sur les animaux; mais nous avons cru devoir combler aujourd'hui cette lacune et en instituer quelques-unes, pour mieux montrer la supériorité de cette méthode sur les resections sous-périostées, telles qu'elles ont été si souvent répétées sur les animaux et appliquées à la pathologie humaine, avec des résultats encore fort douteux. Nous avons ainsi acquis la preuve qu'on pouvait enlever la moitié et les deux tiers de toute la longueur des diaphyses, en creusant et évidant le canal médullaire, sans compromettre ni la longueur, ni la solidité, ni les usages des membres, dont les os se régénèrent avec une perfection jusqu'ici inconnue.

J'ai présenté à la Société de médecine de Strasbourg plusieurs humérus, dont un de mes confrères et amis, M. le docteur Marmy, avait enlevé la moitié et les deux tiers par des resections longitudinales, avec évidement des portions osseuses conservées et réduites à une épaisseur de 2 millimètres, et les os s'étaient si bien reproduits, qu'il eût été difficile de les distinguer des os sains du membre opposé.

Dans une de ces expériences, faite sur un chien de dix à douze ans, et chez lequel une resection sous-périostée de 3 centimètres avait complétement échoué, sans la moindre trace d'ossification, et où l'os enlevé avait été remplacé par un simple cordon ligamenteux, l'évidement par resection longitudinale de la moitié de l'épaisseur de la diaphyse humérale avait parfaitement réussi, et l'os s'était totalement et régulièrement reformé.

J'ai examiné plusieurs fois des os en voie de régénération, à diverses périodes de semblables expériences, et j'ai vu les nouvelles couches osseuses se déposer sous le périoste conservé et à l'intérieur de l'os évidé, comme je l'avais déjà observé sur l'homme, ainsi qu'on peut s'en convaincre en jetant les yeux sur les planches de mon ou-

vrage (*De l'évidement des os*, in-8°, avec planches. Paris, 1860).

Ces résultats sont de nature à inspirer une légitime hardiesse à la chirurgie conservatrice et réparatrice, dans un certain nombre d'affections où la mutilation et la perte des membres paraissaient inévitables.

Plein de confiance dans les progrès de l'art, nous avons appliqué notre méthode aux extrémités articulaires, dont une partie a été évidée au moyen de résections longitudinales ou obliques, et nous aurons l'honneur d'en communiquer prochainement les résultats. (*Compte rendu de l'Acad. des sciences*, juin.)

VARIÉTÉS.

Le typhlographe Passart.

Par M. Fonssagrives.

Le *Bulletin de Thérapeutique* s'occupe avec un soin tout particulier des moyens prothétiques qui ont pour but de remédier aux mutilations, et ses lecteurs lui ont déjà rendu cette justice sans aucun doute, qu'il a mis en relief le côté véritablement scientifique de cette question et qu'il l'a enlevée au domaine du pur mécanisme pour la faire entrer dans celui de la chirurgie la plus élevée. Il obéit aujourd'hui encore à cette tendance en signalant un très-simple et très-ingénieux appareil qui permet aux aveugles d'écrire avec une célérité et une sûreté de main qui laisse véritablement peu à désirer.

De tout temps on s'est efforcé, à l'aide de procédés variés d'éducation et d'appareils ingénieux, de suppléer en partie le sens qui manque aux aveugles, et de leur permettre de joindre la pensée écrite à la parole exprimée ; mais ces tentatives n'ont jamais complétement réalisé le but : les appareils étaient ou trop compliqués ou d'un mécanisme trop lent, double empêchement à la réalisation de leur emploi. Le typhlographe Passart constitue, sous ces deux rapports, un progrès très-réel, et nous ne doutons pas que l'usage ne s'en répande très-rapidement. Les circonstances dans lesquelles l'inventeur l'a imaginé sont d'ailleurs singulièrement touchantes et fait autant d'honneur à son cœur que l'ingéniosité de cet appareil en fait à son esprit. Un juge très-compétent, M. Guadet, chef de l'enseignement à l'institution impériale des jeunes aveugles de Paris, les a racontées dans les termes suivants : « Un avocat d'Avranches, devenu aveugle depuis quelque temps, déplorait souvent devant M. Passart l'impossibilité où il était d'écrire. M. Passart chercha et composa pour lui un petit mécanisme à l'aide duquel il put former une écriture lisible et régulière. L'auteur de ce mécanisme, ancien officier, pensant que son invention pourrait être utile à d'autres malheureux frappés de cécité, fit part de son invention à l'un de ses amis de Paris, M. Hubert-Valleroux, en le priant de lui indiquer les modifications dont il jugerait le mécanisme susceptible. La description de l'appareil était accompagnée d'une lettre écrite par l'aveugle en faveur duquel la machine avait été inventée. L'écriture de cette lettre laissait certainement à désirer, mais certaines modifications légères ont permis à l'auteur d'éviter quelques défauts et d'arriver à un fonctionnement à peu près irréprochable. Cette lettre, adressée comme spécimen à M. Guadet, était conçue dans les termes suivants :

« Aveugle depuis vingt-trois ans, je ne pouvais plus écrire : le génie inventif
« du capitaine Passart, inspiré par l'amitié la plus dévouée, m'a rendu l'usage
« de cette précieuse faculté.

« Je puis aujourd'hui, avec le secours de son typhlographe, couvrir en quel-
« ques minutes, d'une écriture lisible et convenablement espacée, quatre (le mot
« *pages* est passé) de papier à lettre.

« Je ne trouve pas d'expressions pour peindre mon bonheur et ma recon-
« (*une ligne blanche*) naissance. Ils sont immenses comme le service rendu par
« M. Passart à son ami, aux aveugles, à l'humanité.

« 3 juillet 1862. « *Signé* : B***. »

« L'inventeur de cet appareil a bien voulu le soumettre à notre jugement, avec les dernières modifications qu'il lui a fait subir, et l'épreuve que nous en avons faite nous-même et que d'autres personnes en ont faite sous nos yeux, nous permet d'exprimer sur son utilité l'opinion la plus favorable. Il est d'ailleurs d'une très-grande simplicité, comme la description suivante le démontre.

« Tous les mécanismes adaptés jusqu'ici au but qu'a réalisé le typhlographe Passart ont pour principe une règle mobile que l'aveugle est obligé de manœuvrer et de suivre dans ses mouvements ; mais cette manœuvre, que la vue rendrait très-simple, est extrêmement délicate pour l'aveugle, et il n'est jamais sûr, quelque attention qu'il y mette, de placer sa tringle dans une direction horizontale et par suite de ne pas tracer des lignes obliques empiétant les unes sur les autres. La substitution d'une planchette à une tringle n'a obvié qu'en partie à cet inconvénient. Le typhlographe Passart repose, au contraire, sur l'immobilité de la tringle, et sur la mobilité du papier, qu'un mécanisme très-simple fait avancer d'une mesure déterminée à la fin de chaque ligne.

« L'appareil se compose d'un pupitre en bois ordinaire recouvert d'un appuie-main en fer-blanc vernissé. Le côté supérieur de cet appuie-main est muni d'une tringle mince sur laquelle glisse un curseur en bois, légèrement excavé, dans lequel repose l'annulaire de l'écrivain. Un arrêt à vis court également sur la tringle et peut être fixé sur divers points de son étendue, de façon à limiter le champ du curseur suivant la longueur qui doit être donnée aux lignes d'écriture. La planchette supérieure du pupitre porte deux rouleaux faisant laminoir qui sont mus par un levier à bascule manœuvré par la main gauche de l'aveugle. La feuille de papier passe entre ces deux rouleaux et s'avance d'une largeur déterminée à chaque mouvement du levier. S'il ne s'agit plus d'une lettre, mais bien d'une bande de papier indéfiniment longue, qu'il faut couvrir d'écriture, elle s'enroule sur un rouleau additionnel, et un quatrième rouleau, placé dans la cavité du pupitre, permet au papier une sorte de mouvement sans fin, à la faveur duquel une surface écrite rentre dans le pupitre au fur et à mesure qu'une surface blanche de même dimension vient se placer au devant de la tringle fixe. Les rouleaux sont recouverts de papier buvard pour sécher l'écriture, mais ils peuvent, de l'avis de M. Passart, être remplacés avec avantage par des tubes de caoutchouc qui, à raison de leur élasticité, conviennent mieux pour opérer la traction des papiers de diverses épaisseurs qui doivent être engagés sous ces rouleaux.

La manœuvre de cet appareil est des plus simples et n'exige presque aucune habitude. La tranche supérieure du papier est pincée entre les deux cylindres par un mouvement du levier-bascule et l'arrêt à vis est fixé à la longueur que doivent avoir les lignes. Cela fait, l'écrivain place l'annulaire de la main droite sur le curseur, ou, s'il le juge plus commode, saisit l'angle gauche du curseur entre le médius et l'annulaire. Il n'y a pas ici de règle fixe, pas plus qu'il n'y en a pour la position respective des doigts dans l'écriture ordinaire. Chacun a ses habitudes, et l'aveugle finit instinctivement par trouver les siennes. Il écrit

alors une première ligne, puis arrive à l'arrêt qui en indique la fin, il fait mouvoir le levier avec la main gauche, ramène le curseur au point de départ, trace une seconde ligne, fait de nouveau cheminer le papier et ainsi de suite. Cette succession de manœuvres, qu'il est difficile de décrire en peu de mots, est en réalité très-rapide, et, avec de l'habitude, l'aveugle peut très-bien arriver à une vitesse graphique à peu près ordinaire.

« Nous avons fait l'essai de cet appareil, les yeux bandés, et si le résultat de cette épreuve n'a pas été d'une très-grande beauté calligrahique, cela tient simplement à ce que, les yeux ouverts, il nous eût été interdit d'y prétendre; la régularité des mots et des lignes, l'uniformité des intervalles, ne laissaient véritablement rien à désirer. Aussi devons-nous recommander d'une manière pressante l'adoption de ce typhlographe qui, pour modeste qu'elle soit en apparence, nous paraît une invention véritablement utile. L'auteur, qui n'est pas médecin, mériterait de l'être par le caractère désintéressé et philanthropique de son but et la libéralité de ses intentions. « Je n'ai point, m'écrit-il, pris de brevet et n'ai posé aux personnes auxquelles j'ai fait *cadeau* de mon invention que deux conditions : la première, que le prix de vente n'excéderait pas 24 francs ; la seconde, qu'elles donneraient un instrument aux aveugles indigents sur trois qui seraient vendus à ceux pouvant les payer. Un certificat de médecin, légalisé par le maire de la commune, justifiera à la fois et de la cécité et de l'indigence. A ces conditions, j'ai décliné tout droit d'inventeur, ne réservant pour moi que la douceur d'avoir pu contribuer à amoindrir des misères. » Ce sont là de nobles intentions, qui, par le temps d'industrialisme qui court, ont doublement leur mérite et leur opportunité. La satisfaction si élevée qu'ambitionne M. Passart, ne lui fera pas défaut, et à la pensée consolante d'avoir fait quelque chose de bien il peut dès à présent joindre la certitude d'avoir fait quelque chose d'utile.

Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, sur la proposition de l'Académie impériale de médecine, vient de décerner les récompenses suivantes aux médecins qui se sont le plus distingués dans le service des épidémies en 1862 :

1° *Rappel de médaille d'or* (récompense exceptionnelle). — M. Guipon, de Laon (Aisne).

2° *Rappels de médailles d'argent*. — MM. Demonchaux, de Saint-Quentin (Aisne) ; — Mignot, de Gannat (Allier) ; — Tuefferd fils, de Montbéliard (Doubs) ; — Fouquet, de Vannes (Morbihan) ; — Bocamy, de Perpignan (Pyrénées-Orientales) ; — Lecadre, du Havre (Seine-Inférieure).

3° *Médailles d'argent*. — MM. Masse, de Nemours (Algérie, province d'Oran) ; — Prosper Millon, de Saint-Etienne (Loire) ; — Pons, de Nérac (Lot-et-Garonne) ; — Nivet, de Clermont (Puy-de-Dôme); — Gouget, de Colmar (Haut-Rhin) ; — La Caze, de Montauban (Tarn-et-Garonne) ; — Millet, d'Orange (Vaucluse) ; — Balley, médecin-major à l'armée d'occupation, à Rome.

4° *Médaille de bronze* (rappel). — M. Palanchon, de Cuisery (Saône-et-Loire).

5° *Médailles de bronze*. — MM. Barbrau, de Rochefort (Charente-Inférieure) ; — Benoist, de Guingamp (Côtes-du-Nord) ; — Amiot, de Baume-les-Dames (Doubs) ; — Martin-Duclaux, de Villefranche (Haute-Garonne) ; — Mouret, de Monistrol (Haute-Loire) ; — Mialet, de Cramat (Lot) ; — Bancel, de Toul

(Meurthe); — Duprilot, de Courcelles-Brinon (Nièvre); — Monot, de Moux (Nièvre); — Carret, de Chambéry (Savoie); — Vicherat, de Nemours (Seine-et-Marne); — Suquet, de Beyrouth (Syrie).

6° *Mentions honorables.* — MM. Meilheurat, de la Palisse (Allier); — Rebory, de Digne (Basses-Alpes); — La Caze, d'Embrun (Hautes-Alpes); — Pressat, de Nice (Alpes-Maritimes); — Braye, de Tarascon (Bouches-du-Rhône); — Dubisson-Chonnaux, de Villers-Bocage (Calvados); — Cressant, de Guéret (Creuse); — Lapeyre, de Lodève (Hérault); — Grosgurin, de Moirans (Jura); — Serres, de Dax (Landes); — Picard, de Selles-sur-Cher (Loire-et-Cher); — Borie, de Gourdon (Lot); — Brigandat, de Lille (Nord); — Vannaque, de Compiègne (Oise); — Dourif, de Clermont (Puy-de-Dôme); — Pourcelot, d'Altkirch (Haut-Rhin); — Sallot, de Vesoul (Haute-Saône); — Mordret, du Mans (Sarthe); — Lebèle, du Mans (Sarthe); — Caillier, d'Annecy (Haute-Savoie).

Les récompenses suivantes ont été décernées aux médecins attachés au service des eaux minérales, qui se sont distingués par leurs services et leurs travaux :

1° *Rappel de médailles d'argent.* — Alquié, inspecteur à Vichy; — Willemin, inspecteur adjoint à Vichy; — Lhéritier, inspecteur à Plombières; — Genieys, inspecteur à Amélie-les-Bains; — Le Bret, inspecteur à Baréges; — De Puisaye, inspecteur à Enghien; — Cazaintre, inspecteur à Rennes-les-Bains; — Crouzet, inspecteur à Balaruc; — Cabrol, médecin en chef de l'hôpital thermal militaire de Bourbonne.

2° *Médailles d'argent.* — Payen, ex-inspecteur à Saint-Gervais; — Tripier, inspecteur à Evaux; — Damourette, à Sermaize; — Lambron, inspecteur à Bagnères-de-Luchon.

3° *Médailles de bronze.* — Lemonnier, inspecteur aux Eaux-Chaudes; — Puig, inspecteur à Olette; — Chabannes, inspecteur à Vals; — Dubois (Amable), inspecteur adjoint à Vichy; — Allard, inspecteur à Royat; — Vidal, inspecteur à Aix; — Périer, inspecteur à Bourbon-l'Archambault.

4° *Mentions honorables.* — Subervie, inspecteur à Bagnères-de-Bigorre; — Verdier, inspecteur à Cauvallot; — Baron, inspecteur adjoint à Lamothe; — Chapelain, inspecteur à Luxeuil.

Par arrêté du 8 juillet, M. le ministre de l'instruction publique a institué une Commission chargée de l'examen des questions relatives à l'exercice de la médecine et de la pharmacie, soulevées par les pétitions dont le Sénat a prononcé le renvoi au ministre de l'instruction publique.

Sont nommés membres de cette Commission : MM. Dumas, inspecteur général de l'enseignement supérieur; Duvergier, conseiller d'Etat; Lestiboudois, conseiller d'Etat; Giraud, inspecteur général de l'enseignement supérieur; Brongniart, inspecteur général de l'enseignement supérieur; Denonvilliers, inspecteur général de l'enseignement supérieur; Tardieu, doyen de la Faculté de médecine de Paris; Regnault, professeur de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris; Bussy, directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris; Ehrmann, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg; Planchon, directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier; Gintrac, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux; Cazeneuve, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille.

Par décret en date du 2 juillet 1844, rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, ont été nommés présidents :

De la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département, à Nancy (Meurthe), M. Grandjean (Charles-Eugène), vice-président actuel de la Société, professeur à l'Ecole de médecine, en remplacement de M. Simonin père, démissionnaire;

De la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département, à Vannes (Morbihan), M. Carel (Victor), docteur en médecine, maire de Napoléonville, en remplacement de M. Jean de la Gillardaie, décédé.

M. le directeur général de l'Assistance publique vient d'appeler l'attention des médecins et chirurgiens des hôpitaux sur une question importante à résoudre :

« Est-il nécessaire de traiter dans des salles à part les malades atteints de maladies aiguës contagieuses, telles que les fièvres éruptives ? »

Voulant poursuivre un examen qu'ont déjà entrepris Tenon, commissaire de l'Académie des sciences au commencement de ce siècle, et plus tard, en 1857, l'Académie de médecine et la direction de l'Assistance publique, M. Husson a voulu savoir s'il était bon de continuer les pratiques qui sont ressorties des vœux exprimés par l'Académie et le corps médical des hôpitaux en 1857.

Une circulaire a été adressée à tous les membres du corps médical des hôpitaux, les invitant à prendre connaissance des travaux antérieurs sur la question, et qui sont résumés dans une note jointe à la circulaire, puis à adresser un rapport circonstancié sur la séparation des maladies aiguës contagieuses dans des salles spéciales.

— La Société médicale des hôpitaux a décidé, dans sa séance du 13 juillet, que les questions qui ont été adressées à chaque médecin des hôpitaux par M. le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, relativement à l'isolement des malades atteints d'affections contagieuses ou infectieuses, spécialement des malades affectés de variole, seraient renvoyées à la Commission que, dans sa séance précédente, elle avait chargée d'étudier ces mêmes questions, et qu'au lieu de réponses individuelles, les médecins des hôpitaux adresseraient à M. le directeur une réponse collective, expression de l'opinion de la majorité des membres de la Société.

Par décret en date du 11 juillet 1864, M. Brault (François-René), médecin major de 1re classe aux hôpitaux du corps expéditionnaire du Mexique, a été nommé médecin principal de 1re classe.

M. le docteur Lunier, directeur, médecin en chef de l'asile des aliénés de Blois, est nommé inspecteur général du service des aliénés en remplacement de M. le docteur Antelme, décédé.

Deux membres étaient à élire au Conseil général du département du Nord. Le choix des électeurs s'est porté sur deux honorables confrères de Lille, MM. Morisson et Godefroy.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Note sur les propriétés hypnotiques du bromure de potassium.

Il n'est pas de médicament dont l'histoire montre d'une manière plus évidente que celle du bromure de potassium combien nous devons nous défier des données de la chimie pour l'étude clinique des agents thérapeutiques.

Ce sel, on s'en souvient, a été expérimenté surtout il y a une vingtaine d'années, à l'époque où M. Ricord venait de démontrer les bons effets de l'iodure potassique contre les accidents tardifs de la vérole. L'emploi de ce dernier médicament devint alors si fréquent, qu'il ne tarda pas à atteindre un prix inaccessible pour les malades pauvres, et que même, un instant, l'administration des hôpitaux fut sur le point d'en restreindre l'usage dans ses services hospitaliers. Aussi fut-on conduit à lui chercher un succédané.

L'analogie chimique de l'iode et du brôme fit porter les yeux sur cette dernière substance, et les travaux des médecins placés à la tête des établissements thermaux de l'Allemagne, dont les eaux sont très-riches en bromures alcalins, engagèrent à expérimenter le bromure de potassium. Les premiers essais cliniques, publiés par M. Pourché, de Montpellier, laissèrent espérer que ce composé viendrait prendre place à côté de l'iodure de potassium dans la médication altérante, et pourrait lui être substitué ou à peu près.

En tête des expérimentateurs qui se mirent à l'étude thérapeutique du bromure potassique, et à côté de M. Ricord, il faut placer M. Puche, un des médecins les plus distingués de l'hôpital des vénériens. La nature des maladies que ce praticien avait à traiter, aussi bien que les circonstances qui provoquèrent ces essais, firent que l'objet de ses recherches fut spécialement l'épreuve clinique de la valeur antisyphilitique du bromure comme médicament succédané de l'iodure.

Il est un fait que nous devons noter ici en passant, car tout à l'heure il nous servira à expliquer pourquoi les enseignements qui ressortirent d'expérimentations cliniques aussi nombreuses que celles qui furent faites avec cet agent, ne se sont pas vulgarisées. L'inefficacité du bromure contre les accidents syphilitiques tardifs conduisirent M. Puche à prescrire le médicament nouveau à des doses extrêmement élevées, 5, 10, 15, 20, 30 et même 50 grammes par jour. Ces quantités si considérables ne pouvaient laisser subsister aucun doute sur l'incapacité du bromure de potassium à remplacer

l'iodure; mais elles amenèrent l'habile expérimentateur à constater dans ce corps des propriétés physiologiques complétement ignorées, et à le ranger parmi les agents de la médication stupéfiante, et même de la médication anesthésique.

Il y avait donc là des enseignements précieux à recueillir, et qui ne pouvaient rester ignorés. Deux internes distingués de M. Puche, MM. Rames et Huette, les signalèrent dans leurs dissertations inaugurales. Ils nous firent voir que la science, et par suite la pratique n'avaient rien perdu à cette étude expérimentale, bien que négative quant au point particulier qui en avait été l'objet, et que si l'observation clinique enlevait à la médication altérante un agent sur lequel on avait fondé quelques espérances anticipées, la thérapeutique s'en trouvait amplement dédommagée par une conquête plus précieuse, la connaissance des véritables propriétés du bromure, restées jusqu'alors inaperçues.

M. Rames, dans sa thèse, soutenue le 25 avril 1850, nous donnait une étude des effets anesthésiques de ce précieux sel et en déduisait quelques données thérapeutiques. Le mois suivant, le 8 mai, M. Huette, à son tour, exposait l'action physiologique du bromure de potassium, et, dans les inductions thérapeutiques qu'il en tirait, il insistait spécialement sur l'action sédative qui se manifeste dans les organes génitaux, à la suite de son administration, ainsi que sur les effets d'anesthésie locale qu'il détermine dans le pharynx et le voile du palais, effets que la médecine opératoire a su mettre à profit, et dont ne nous paraît pas s'être suffisamment souvenue peut-être la chirurgie laryngoscopique. Enfin, un point que nos deux confrères ont signalé avec insistance à l'attention, c'est l'influence stupéfiante qu'exerce ce médicament sur le système nerveux. « En résumé, dit M. Huette, la prostration des forces, l'engourdissement des mouvements, la sensibilité générale plus ou moins abolie, les sensations spéciales émoussées, l'intelligence affaiblie, le sens génital amorti, tels sont les effets qui m'ont engagé à classer le bromure de potassium parmi les agents les plus énergiques et les plus spéciaux de la médication stupéfiante. »

Si l'on n'a prêté qu'une faible attention aux propriétés si intéressantes que venaient de révéler nos jeunes confrères, cela tient, nous l'avons laissé présumer tout à l'heure, à ce que les effets observés étaient le résultat de l'administration du médicament à doses trop élevées et pas assez diluées. Ainsi M. Rames, après avoir montré l'action irritante des solutions du bromure au cinquième, termine sa thèse par le résumé suivant :

« En somme, le bromure de potassium en solution titrée au cinquième et administré à doses progressivement croissantes (5, 10, 15 et 20 grammes), nous a paru agir en surexcitant les fonctions organiques, en donnant aux travaux morbibes indolents une activité nouvelle. L'élément douleur en a surtout ressenti une vive influence. Etendu de plus d'eau, conservera-t-il la même action? Nous ne le pensons pas. (Erreur grave, comme on le sait maintenant, et comme nous allons bientôt le faire voir.)

« L'action du bromure se traduit par une série de symptômes analogues à ceux qui caractérisent la paralysie générale incomplète des aliénés, par un état de torpeur dont les effets, de plus en plus prononcés, tendent à soustraire l'individu qui y est soumis aux influences du dehors.

« Les fonctions dont le jeu nécessite de la part de l'organisme un état d'intégrité parfaite, sont les premières à en ressentir les atteintes. La physionomie perd de son expression, le regard de sa vivacité, la langue hésite à prononcer, les malades se sentent engourdis : à peine levés, ils désirent se coucher; *aussitôt dans leur lit, ils s'endorment du sommeil le plus profond.*

« Toutefois, du côté de l'intelligence, à part un défaut d'attention ou manque de volonté, une espèce d'insouciance qui dénote dans l'esprit moins de lucidité, les désordres n'ont jamais été bien loin. Quelques malades ont eu ce qu'on pourrait appeler des absences; ils étaient occupés à chercher ce qu'ils venaient de déplacer, croyant l'avoir perdu. La plupart sont restés dans leur état normal; seulement la volonté ayant perdu de son empire, ils se laissaient plus volontiers aller à leurs penchants. L'un d'eux récitait des pièces de théâtre, un autre causait politique, un troisième bavardait tout le long du jour. Venait-on à leur adresser la parole, ils répondaient bien et raisonnablement aux demandes qui leur étaient adressées, se prêtaient avec intelligence à ce qu'on exigeait d'eux.

« Les troubles survenus du côté de la motilité ont été plus tranchés. La débilité apparue dès le principe va toujours croissant : elle rend la démarche chancelante d'abord, de plus en plus difficile, et bientôt impossible. A un degré plus avancé, nous avons vu les forces tellement abolies, qu'on aurait pu croire à une atrophie musculaire.

« La sensibilité peut s'affecter aussi; ses désordres ont varié depuis l'anesthésie jusqu'à un simple engourdissement de la douleur.

« A l'action générale du médicament s'ajoute une action toute locale : ainsi nous paraît s'expliquer la modification survenue dans

la sensibilité du pharynx, modification qui rend les nausées impossibles.

« Les troubles des sens spéciaux nous ont paru en harmonie avec ceux de la sensibilité générale.

« Le sens génésique paraît profondément engourdi.

« La médication une fois suspendue, le retour à l'état normal se fait le plus souvent d'une manière insensible; dans quelques circonstances, il survient des symptômes d'excitation. »

Ces données sur l'action physiologique du bromure de potassium sont des plus nettes, et il n'a manqué à nos auteurs qu'une chose que, les uns comme les autres, nous ne pouvons encore posséder à l'époque où nous quittons les bancs de l'école, une certaine expérience personnelle, pour en tirer des inductions thérapeutiques qui eussent été acceptées par tous leurs lecteurs.

Les effets physiologiques des médicaments diffèrent, on le sait, suivant certaines conditions, parmi lesquelles il faut compter les quantités ingérées et la durée de l'administration. Or, MM. Rames et Huette, témoins de l'emploi des hautes doses, n'ont pu tracer un tableau complet de l'action du bromure, et M. Rames va même jusqu'à douter que cet agent conservât sa puissance anesthésique si l'on venait à le dissoudre dans une plus grande quantité de véhicule! Il y a donc lieu de compléter leurs études.

Le mémoire de M. Gubler, que nous venons de publier, nous dispense de revenir sur les applications générales des propriétés sédatives du bromure. Nous voulons nous borner aux effets spéciaux que ce médicament exerce sur le centre nerveux encéphalique, et même, parmi ces effets, circonscrivant encore davantage l'objet de la présente note, nous ne nous occuperons de mettre en relief que l'action hypnotique du bromure potassique.

La propriété si incontestable dont jouit l'opium de provoquer le sommeil par une action propre et élective, a fait que, pendant longtemps, les cliniciens n'ont pas recherché d'autre agent somnifère. Toutefois, les inconvénients qui, chez certains sujets, résultent de ce mode de provoquer le sommeil, la lourdeur de tête, l'obtusion de l'intelligence, la fatigue musculaire, pour ne parler que des troubles principaux qui résultent de l'administration de ce médicament, ont fait accueillir avec empressement les propriétés hypnotiques de quelques autres substances, du lactucarium d'abord, puis du chloroforme administré à l'intérieur. Mais l'action du lactucarium s'épuise vite, si l'on ne prend le soin d'en élever les doses, et échoue dans les cas d'insomnie persistante. Le chloroforme agit

d'une manière plus constante, plus continue, et ne réclame pas cette élévation progressive des doses; il a toutefois contre lui, inconvénient, du reste, qui ne lui est pas particulier, que quelques individus s'y montrent tout à fait réfractaires. Il y a donc encore une lacune assez large dans la série des agents somnifères : les quelques essais cliniques auxquels nous nous sommes livré à l'aide du bromure de potassium nous ont fait voir que ce sel jouit d'une action puissante, sans que nous puissions dire cependant que, grâce à lui, le vide qui existe entre le chloroforme et l'opium se trouve en réalité et décidément comblé. A une expérience plus longue, plus approfondie de faire la lumière sur ce point si intéressant pour la pratique courante.

Voici comment nous avons été amené à constater les propriétés hypnotiques du bromure, administré à petites doses.

A l'époque où parurent les thèses de MM. Rames et Huette, nous nous occupions avec Robert du traitement des rétrécissements de l'urètre. Le point particulier qui, dans cette étude, attirait plus spécialement mon attention, était la part que joue l'élément spasme dans la production de la rétention d'urine, souvent si brusque dans ces sortes de cas. Malgré les résultats assez inattendus auxquels j'étais parvenu et que je ferai connaître, j'avais été frappé par le récit d'un fait emprunté à la pratique privée de M. Puche. « Chez un malade affecté d'une rétention d'urine causée par une contraction spasmodique du col de la vessie, les sondes ne pouvaient franchir l'obstacle. Le bromure de potassium, administré pour d'autres affections qui en justifiaient l'emploi, fit cesser la contraction, et la sonde put être librement passée de l'urètre dans la vessie. » Pour M. Huette, ce résultat thérapeutique était la conséquence d'une action stupéfiante du bromure *sur les sphincters, effet de l'influence générale du médicament sur le système nerveux*. Dans ce cas, l'interprétation de notre confrère était peut-être vraie en partie, en raison des hautes doses employées par M. Puche; mais elle devait aussi être rapportée tout d'abord, et pour une bonne part à l'action topique du médicament. On sait que le bromure est éliminé en grande abondance par les reins : or, les urines ainsi rendues médicamenteuses deviennent une sorte d'injection anesthésique qui, agissant sur toute l'étendue des voies urinaires, devait triompher de l'élément spasmodique de l'affection dont elles étaient le siége. Restait à s'assurer si cette action ne pouvait être obtenue avec des doses moindres.

L'observation clinique ne tarda pas à démontrer la justesse de

mes prévisions. Ce n'est pas le moment de produire les résultats de mon expérimentation à cet égard ; nous parlerons cependant de quelques-uns des faits de ce genre que nous eûmes alors occasion d'observer, mais seulement parce que c'est chez des malades affectés de rétrécissement de l'urètre, soumis par nous à la médication par le bromure, que nous avons été amené à constater la puissance somnifère de cet agent thérapeutique.

Obs. *Rétrécissement de l'urètre; emploi de la dilatation progressive rendu possible au moyen du bromure ; effets hypnotiques de la médication.* Un jeune homme de nos amis, affecté d'un rétrécissement de l'urètre, avait désiré, avant de se marier, être débarrassé de sa maladie. Le traitement par la dilatation, auquel il était soumis, n'amenait aucun résultat, parce qu'à plusieurs reprises on avait été obligé de le suspendre, l'introduction des sondes amenant des accès fébriles dès que le volume en était augmenté. Il ne lui restait que quinze jours à donner à ces essais thérapeutiques, et comme il n'avait aucun motif légitime à alléguer pour reculer l'époque de son mariage, il était dans un état de tristesse et d'excitation difficile à décrire. Désespéré, il vint, le 1er juillet 1850, me faire part de sa situation et me demander conseil.

Les travaux de MM. Rames et Huette, que je venais de lire, m'engagèrent à me charger de son traitement. J'espérais, à l'aide du bromure, anesthésier chez lui le canal de l'urètre, de façon à le rendre insensible à l'action traumatique des sondes, et je lui prescrivis en conséquence la solution suivante :

Pr.	Bromure de potassium.............	10 grammes.
	Eau distillée......................	200 grammes.

F. S. à prendre à la dose d'une cuillerée à bouche mêlée à un verre d'eau sucrée quatre fois dans la journée. La cuillerée contenant 20 grammes de solution, c'était donc 4 grammes de bromure potassique que le malade devait ingérer quotidiennement. De plus, je conseillai l'emploi d'injections urétrales avec cette même solution, pendant les trois premiers jours, et qui devaient être faites principalement dans la matinée, la séance de dilatation ayant lieu de midi à une heure.

Le succès de cette médication dépassa de beaucoup mes espérances, car dès le lendemain je pus faire usage de plusieurs sondes de volumes de plus en plus forts, sans voir se produire d'accidents, et dès le 15 juillet, ce jeune homme se mariait, ayant reconquis une dimension du canal telle que toute crainte avait dis-

paru de son esprit. En deux semaines le canal avait été amené par la dilatation progressive de 4 à 10 millimètres.

Mais le point le plus remarquable de cette médication, celui du moins qui seul nous fait citer ici ce fait, est l'action stupéfiante produite par le bromure. Depuis un mois, le malade était privé de sommeil, et dès le premier jour — il n'avait encore pris que deux cuillerées de la solution — il dormit toute la nuit. Le lendemain, lorsqu'il vint me voir, il me remercia vivement de la potion que je lui avais fait prendre; il était convaincu que je ne la lui avais prescrite que dans le but de lui faire retrouver son sommeil depuis longtemps perdu.

Cette action hypnotique du bromure dans ce cas m'eût peut-être échappé, si je n'avais eu l'attention éveillée par le travail surtout de M. Rames, car il insiste spécialement sur les effets stupéfiants de ce sel. Un fait se présentait à mon observation, qui paraissait déposer en faveur de la réalité de ces effets; mais n'étaient-il pas susceptibles de recevoir une autre interprétation? Je ne laissai pas échapper l'occasion de m'en assurer auprès de mon malade, homme très-intelligent. Interrogé si le sommeil calme dont il avait joui ne devait pas être rapporté à l'influence morale due à l'espérance que je lui aurais rendue, plutôt qu'à l'action du médicament: « Non, me répondit-il, et la preuve, c'est que je ne crois pas encore au succès de votre tentative. » Ce doute ne tarda pas à tomber devant les résultats obtenus; quant à moi, il ne pouvait que me donner confiance dans la vertu soporifique du bromure, et cette confiance alla croissant, car pendant toute la durée du traitement l'insomnie ne reparut pas.

Restait alors la question d'idiosyncrasie, restait à savoir si ce n'était pas, dans ce cas particulier, à une impressionnabilité spéciale et personnelle qu'était due cette action stupéfiante du bromure sous l'influence de doses n'ayant jamais dépassé 4 grammes par jour. L'expérience ultérieure pouvait seule permettre de trancher ce point. En attendant, je remarquai que les effets dont j'étais témoin différaient beaucoup de ceux observés à l'hôpital des vénériens. Le matin, au réveil, mon malade ne ressentait aucune lourdeur de tête, aucun sentiment de fatigue; le sommeil de ses nuits avait toujours été calme, réparateur, et ne laissait à sa suite aucune sensation pénible, aucun malaise de quelque genre ou degré que ce fût.

Je fus une année avant d'avoir l'occasion de renouveler l'emploi de cette médication.

En juin 1851, un de nos confrères de province, habitant le département de l'Aveyron, vint me consulter pour une névralgie du col de la vessie qui l'avait forcé à abandonner sa clientèle, car l'état des routes de son canton l'oblige à passer une grande partie de ses journées à cheval. Je lui fis part du fait ci-dessus, et il fut convenu qu'il expérimenterait la médication bromurée seule, étant laissé à son appréciation, au cas où cette médication tarderait à le soulager, s'il conviendrait d'adjoindre l'usage de suppositoires ainsi formulés :

Pr. Beurre de cacao....................	8 grammes.
Bromure de potassium...............	2 grammes.
Extrait d'opium........................	0gr,10
— de belladone..................	0 05

M. et F. S. A. deux suppositoires.

Un mois après son retour chez lui, ce confrère m'annonçait que l'emploi du bromure, en solution prise à l'intérieur, avait suffi pour le débarrasser des sensations douloureuses qu'il éprouvait au col de la vessie, et qu'au bout de vingt jours il avait pu reprendre l'exercice du cheval, d'abord avec modération ; mais qu'au moment où il m'écrivait, il faisait ses tournées aussi longues qu'autrefois.

Il ajoutait qu'il avait étudié avec soin l'influence du bromure sur son sommeil, et que, quant à lui, il ne doutait pas des propriétés hypnotiques de ce sel.

Je pourrais citer encore un certain nombre d'autres faits ; mais comme l'insomnie compliquait d'autres états nerveux, l'hypochondrie, l'ataxie, ces observations seront mieux placées dans une note sur les bons effets de cette médication appliquée au traitement des maladies dominantes. Ici nous devons nous borner à mettre en relief les propriétés hypnotiques, en dégageant la question de tout élément étranger.

Malgré la réserve que l'on doit apporter à citer les résultats de sa propre observation, quand on en est personnellement le sujet, — car nous sommes exposés à errer, surtout quand il s'agit de nous-mêmes, — nous avons trop souvent bénéficié de l'action spéciale dont nous nous occupons dans cette note, pour ne pas être autorisé à en témoigner. Toutes les fois qu'à la suite de contention d'esprit par trop prolongée, j'éprouve de l'insomnie, je prends le soir avant de me coucher, un verre d'eau sucrée contenant 1 gramme de bromure, et le sommeil ne tarde pas à venir.

Un autre de nos confrères nous permettra d'invoquer aussi son

témoignage à l'appui des propriétés hypnotiques du bromure, car il est encore plus sensible que nous aux effets de cet agent. Plusieurs fois nous avons conseillé à M. Ferdinand Martin l'emploi de ce moyen pour combattre des accidents d'éréthisme du pharynx ou du col de la vessie auxquels il est sujet, et chaque fois il a été obligé d'y renoncer : 1 gramme de bromure dissous dans 200 grammes de liquide ne lui procure pas seulement un sommeil profond pendant la nuit ; il demeure encore durant toute la journée suivante dans un état de somnolence qui l'empêche de vaquer à ses affaires. C'est le sujet le plus impressionnable que j'aie jusqu'ici rencontré.

Tout intéressants que sont ces faits, j'eusse encore tardé à les produire, dans la crainte de m'exposer à des mécomptes, chose si fréquente en fait d'action thérapeutique. Mais nous trouvons dans un des derniers numéros de la *Lancette* anglaise quelques observations semblables publiées par un de nos confrères d'outre-Manche. M. H. Behrend, à l'instigation de Brown Séquard, vient également d'expérimenter l'action du bromure de potassium sur l'insomnie, et les faits produits, ajoutés à ceux que nous venons de rapporter, en déposant dans le même sens, nous permettent d'appeler l'attention de nos lecteurs sur ce nouvel agent de la médication hypnotique.

Dans le premier cas de M. Behrend, il s'agit d'un homme de trente-six ans, d'un tempérament très-nerveux, qui était en proie à une grande surexcitation, par suite des inquiétudes où l'avait jeté une maladie grave dont était atteinte une personne de sa famille. Il n'y avait chez lui aucune autre affection que la perte du sommeil et l'affaiblissement, tant physique que moral et intellectuel, qui était la conséquence d'une insomnie datant de plusieurs semaines. L'opium sous ses diverses formes, la valériane, divers autres antispasmodiques et sédatifs étaient restés absolument sans effet. Ce fut alors que notre confrère lui prescrivit le bromure de potassium, à la dose de 25 grains, trois fois par jour, dans un peu d'eau froide, avant les repas, pendant huit jours. Au bout de ce temps, le malade demanda s'il devait continuer le traitement, ayant joui, disait-il, d'un bon sommeil plusieurs nuits de suite. Bien que le malade eût, avec le repos, recouvré son entrain et sa vigueur de corps et d'esprit ordinaires, comme il éprouvait encore une certaine excitation nerveuse, principalement la nuit, M. Behrend conseilla de ne point supprimer complétement l'usage du médicament, mais d'en prendre seulement une dose le soir, en se mettant au lit, pendant

quinze jours. L'insomnie ne reparut pas, et quand le malade venait à se réveiller, la confiance qu'il avait prise dans l'efficacité du remède suffisait, disait-il, à le rendormir, en le rassurant contre la crainte de ne le pouvoir faire, crainte qui auparavant semblait suffisante pour l'empêcher de trouver le sommeil.

Dans un second cas observé par M. Behrend, mais sur lequel il ne nous paraît pas utile de nous étendre si peu que ce soit, tant il ressemble au précédent, l'insomnie céda, pour ne plus revenir, au bout de huit ou dix jours de traitement par le bromure de potassium administré à la même dose et de la même manière.

Dans ces deux faits, la cause de la perte de sommeil résidait dans une excitation nerveuse, due à des affections morales. Le suivant, que nous devons à notre collaborateur, le docteur A. Gauchet, fera voir comment le bromure peut agir comme hypnotique, en faisant cesser un excessif éréthisme cutané, point de départ de l'insomnie.

Un homme âgé de soixante-quatre ans, ayant eu à diverses reprises, depuis l'âge de vingt ans, des maladies de la peau, auxquelles il donne le nom de *dartres farineuses*, se trouvait atteint, le 20 juin dernier, d'un eczéma aigu de l'oreille qui occupant, outre le pavillon et les parties de la peau circonvoisines, le conduit auditif externe, causait de très-vives douleurs. Grâce à une émission sanguine, à des purgatifs répétés, à des moyens locaux appropriés, le malade se trouvait mieux au bout d'une semaine, lorsqu'il fut pris d'un érythème général, qui lui-même ne tarda pas à céder; seulement, après avoir complétement privé le malade de sommeil, par les démangeaisons auxquelles il donnait lieu pendant ses périodes d'augment et d'état, il laissa après lui une hypéresthésie cutanée, un prurit tout aussi féroce, qui continua à rendre impossible tout repos pendant la nuit. Les bains amidonnés tièdes et prolongés, les préparations d'aconit, à dose rapidement progressive, étaient restées tout à fait sans résultat, et il y avait une semaine que le malade n'avait fermé l'œil et passait les nuits à se gratter avec furie, quand le bromure de potassium lui fut administré, à la dose de 2 grammes par jour, en deux fois, matin et soir, dans de l'eau sucrée. Dès la première nuit, celle du 4 au 5 juillet, il y eut un sommeil assez calme pendant près de six heures, et les démangeaisons avaient considérablement diminué. Les deux nuits suivantes, elles diminuèrent encore, et le sommeil fut à la fois et plus calme et plus long. Le bromure fut continué pendant huit jours environ; mais dès le cinquième, le prurit avait totalement disparu, ainsi que l'insomnie.

Ces faits, ce nous semble, ne laissent aucun doute sur l'action hypnotique du bromure de potassium, la seule, ainsi que nous l'avons dit, dont nous ayons l'intention de nous occuper ici. Il reste à déterminer la dose à laquelle on devra prendre ce sel dans les cas où l'on se proposera de l'employer à ce titre. On vient de voir qu'on peut le prescrire d'emblée à celle de 2 à 3 grammes, sans aucune espèce d'inconvénient. Mais, comme nous pensons qu'on peut obtenir les mêmes effets avec de moindres quantités, nous conseillons de débuter par celle de 1 gramme, qu'on augmentera chaque jour, si besoin est, jusqu'à obtenir l'effet désiré, sans dépasser jamais 4 grammes; nous recommandons aussi de n'administrer que des solutions étendues (1).

Il est une crainte qui pourra naître dans l'esprit des expérimentateurs ; nous voulons parler de l'action anaphrodisiaque dont ce médicament passe pour être doué et dont il est doué réellement, action qui, sans nul doute, pourrait être très-désagréable à certains malades. Pas plus que M. Behrend, nous n'avons été témoin de cet accident dans les cas que nous avons eu occasion de voir ; à la dose de 1 gramme, nous aurions plutôt observé une certaine excitation se traduisant par l'érection au réveil, excitation que nous ne prétendons pas attribuer au bromure, mais dont nous avons pris acte comme preuve qu'à la dose susdite la frigidité génitale ne paraît pas être à craindre. Quant aux doses de 4 grammes, s'il était nécessaire d'y arriver, il est rare qu'elles doivent être répétées un temps assez long pour amener l'anaphrodisie ; du reste, il est bon nombre d'affections nerveuses où cet effet ne pourrait être qu'utile.

Un autre symptôme fâcheux, auquel peut donner lieu le bromure, d'après ce qu'ont signalé MM. Rames et Huette, c'est la constipation; on la voit constante dans les observations qu'ils ont consi-

---

(1) On sait que le bromure de potassium est rarement pur et qu'il s'y trouve ordinairement mélangée une certaine quantité d'iodure de la même base. Ce dernier sel est-il susceptible de nuire à l'action hypnotique du bromure? Il n'en serait rien, s'il faut en croire le docteur Ignazio Betoldi, qui au contraire préconise l'iodure de potassium contre l'insomnie ayant résisté aux narcotiques, pourvu toutefois qu'elle soit indépendante d'une lésion des centres nerveux; il le donne en solution à la dose de 12 grains par jour et dit n'avoir jamais eu d'insuccès. Par contre, il l'a administré à un nègre âgé de soixante-quatre ans (l'auteur exerce au Brésil) en proie à une somnolence continuelle, laquelle aurait disparu au bout de huit jours. — Nous notons ces faits, qui semblent contradictoires entre eux et par rapport à ce que nous savons des composés iodiques, afin de ne rien négliger de ce qui est relatif à la question dont nous traitons ici.

gnées dans leurs mémoires. Pour nous, nous n'avons jamais constaté cette action pendant l'administration des faibles doses de ce médicament. Nons avons été plutôt témoin du contraire : les garde-robes étaient toujours faciles; il y avait même quelquefois un peu de diarrhée au début, mais qui cessait spontanément malgré la continuation du sel et par le fait de l'accoutumance.

DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Des arthrites chroniques chez les enfants et de leur traitement.

Par M. P. GUERSANT, chirurgien des hôpitaux.

On observe des arthrites aiguës et des arthrites chroniques ou tumeurs blanches chez les enfants comme chez les adultes et les vieillards; mais chez les premiers, la forme chronique est infiniment plus fréquente que la forme aiguë. D'ailleurs, la plupart des inflammations articulaires rhumatismales étant surtout du ressort de la pathologie interne, nous ne voulons nous occuper d'abord que des arthrites traumatiques, qui suivent la même marche et nécessitent le même traitement que chez les adultes. Aussi, nous bornerons-nous à rappeler que ces arthrites traumatiques, causées par des violences extérieures, réclament un traitement antiphlogistique; que cependant on doit être plus sobre d'émissions sanguines chez les enfants que chez les adultes, et que pourtant il faut tout mettre en œuvre pour empêcher l'inflammation de passer à l'état chronique, terminaison redoutable chez les jeunes sujets, qui sont le plus souvent lymphatiques. Aussi, pour les entorses chez les enfants, sommes-nous très-partisan de l'emploi de l'eau froide et du massage, qui nous ont réussi fréquemment. Nous faisons suivre ces moyens de l'application de la ouate autour de l'articulation, ou bien des bandages inamovibles, qui sont toujours utiles dans ces cas.

Une observation importante que nous pouvons faire, est que les arthrites traumatiques traitées convenablement passent rarement à l'état chronique; nous avons eu maintes occasions de l'observer, bien que nous ayons souvent redouté le contraire chez nos petits malades. Toutes les fois qu'ils ne sont pas prédisposés au vice scrofuleux, ils guérissent bien.

Quant aux arthrites chroniques (elles le sont le plus ordinairement d'emblée, et le plus souvent sans causes locales bien appréciables), elles sont tellement fréquentes à l'hôpital des Enfants,

qu'il ne se passe pas un jour sans qu'il se présente à la consultation deux ou trois cas de ces affections.

Nous désignons sous ce nom les artrhites qui surviennent sans inflammation franche, sans fièvre notable et à peine, cinq fois sur cent, sous l'influence d'une cause traumatique.

Les mêmes phénomènes se présentent dans toutes les articulationt atteintes de cette malheureuse affection; aux grandes articulations des membres comme aux petites, au tarse, au genou, aux vertèbres, etc., on verra les arthrites se comporter de la même façon et s'amender ou guérir avec le même traitement quand la guérison est possible, ou le plus souvent résister à tous les moyens.

Ces arthrites offrent presque toutes deux symptômes à peu près constants, gonflement et conservation de la couleur blanche de la peau; c'est pour cela qu'on les a appelées tumeurs blanches.

Mais, outre que cette expression semblerait indiquer que jamais la peau ne change de couleur, ce qui n'est pas exact, elle a le tort de confondre sous une même dénomination des lésions bien différentes. Aussi les chirurgiens se sont-ils efforcés de classer plus méthodiquement les nombreuses maladies qui affectent les articulations.

Entre Lloyd et Brodie, qui voulaient que chaque espèce de tissu pût être le siége ou le point de départ des tumeurs blanches, et Rust (de Vienne) qui ne l'admettait que dans les os, les auteurs modernes adoptent une opinion mixte et donnent pour siége à la maladie, tantôt le tissu osseux, tantôt les parties molles.

Ainsi une tumeur blanche pourra avoir son point de départ dans les os et envahir ensuite les parties molles, ou bien la maladie, commençant par les parties molles, s'étendra ensuite au squelette.

On comprend de suite combien il est utile de commencer l'étude des tumeurs blanches, en jetant un coup d'œil sur les altérations anatomiques des articulations.

Nous trouvons dans la composition de ces dernières les tissus osseux et cartilagineux intimement unis l'un à l'aure, les tissus fibreux et séreux ou synoviaux également liés par d'étroites connexions. Les premiers forment le squelette, la partie résistante des jointures; les seconds maintiennent les rapports et facilitent le glissement des diverses pièces osseuses. Puis autour de tout ce système, qui compose l'articulation proprement dite, nous trouvons le tissu cellulaire sous-synovial, les gaînes tendineuses, les muscles, l'enveloppe cutanée, toutes les parties molles, en un mot, qui séparent la cavité articulaire de l'extérieur.

Pour faire voir l'enchaînement qui relie entre elles les diverses altérations morbides, nous allons étudier la succession des lésions anatomiques dans chacun des tissus qui entrent dans la composition d'une articulation. La membrane synoviale se dépolit et se recouvre de granulations très-fines d'abord, et qui deviennent bientôt de véritables fongosités s'étendant jusque sur les cartilages.

Ces fongosités se recouvrent de fausses membranes, puis le tissu cellulaire si riche en vaisseaux qui double la synoviale, s'engorge, secrète de la lymphe plastique, qui bientôt s'organise, et augmentant tous les jours de volume, donne à la synoviale, de concert avec les fongosités et les fausses membranes secrétées à sa face interne, une épaisseur qui, dans quelques cas, peut aller jusqu'à un ou deux centimètres.

Bientôt un liquide roussâtre d'abord, puis séro-purulent, et enfin purulent, s'amasse dans la cavité articulaire; la quantité de ce liquide augmente et distend la synoviale qui se romprait sans l'épaisseur fournie par les fongosités et les fausses membranes; la rotule est soulevée, et c'est alors que l'on peut croire à une hydartrose simple.

Mais les cartilages vont présenter des lésions importantes. Les cartilages vivent aux dépens des os d'un côté, et de l'autre aux dépens des liquides synoviaux. Ils peuvent donc être regardés comme des parasites qui subiront inévitablement les conséquences de l'altération des os et des sucs secrétés par la synoviale.

Les lésions les plus fréquentes que présentent alors les cartilages sont :

1° La perte d'élasticité ;

2° L'amincissement partiel ou général, commençant par la face profonde ou par la superficie ;

3° La décortication, qui est produite par le développement des bourgeons charnus entre l'os et le cartilage.

Dans ce cas, les cellules osseuses sont mises à nu.

4° La perte de poli qui accompagne toutes ces lésions doit être constante, car elle a souvent lieu chez les enfants comme chez les vieillards, chez lesquels on trouve les cartilages réduits en petits fragments du volume d'un grain de millet, et flottant dans le liquide de l'articulation ;

5° Les érosions caractérisées par une perte de substance partielle étendue jusqu'à l'os. Le cartilage, autour de cette perforation, n'a rien perdu de ses qualités normales. Au fond de la perforation, on

voit l'os ou des fongosités qui, dans certains cas, font saillie dans l'articulation.

D'autres fois, ce sont des trous taillés à pic dans le cartilage et constituant un canal étroit, ouvert d'une part dans l'articulation, d'autre part dans le tissu spongieux de l'os. Quelques-uns de ces canaux ne sont point complets, et sont encore recouverts d'une portion de cartilage à la surface libre.

MM. Brodie, Russel, et quelques autres chirurgiens, considèrent les pertes de substance comme des ulcérations, mais nous pensons avec MM. Richet, Cruveilhier et Velpeau, que l'ulcération ne peut avoir lieu dans des tissus où la vascularisation est impossible.

Que deviennent les tissus fibreux au milieu de ces désordres? Tantôt ils se ramollissent, et c'est là le cas le plus ordinaire; on voit alors leurs fibres comme dissociées, le tissu cellulaire interfibrillaire être converti en gelée, et ils ont tellement perdu de leur cohésion, qu'on les distend et les allonge avec facilité; ils perdent leur aspect brillant, ils deviennent mats, comme s'ils avaient séjourné dans une solution alcaline. Dautres fois, ils paraissent comme hypertrophiés et indurés; dans ce cas, on y trouve quelques rares vaisseaux sanguins qui parcourent leurs fibrilles; mais c'est là le cas le plus rare; on ne l'observe guère qu'alors que le mal commence à rétrograder.

Nous pensons que ces deux variétés d'altération sont consécutives aux lésions de la synoviale, et que les ligaments ne sont jamais primitivement malades.

Le tissu cellulaire sous-cutané s'infiltre et se gonfle; la peau devient lisse et conserve le plus souvent sa couleur normale et sa chaleur, mais quelquefois elle présente une vive rougeur et une augmentation de température.

Dans la généralité des cas, la peau présente les ouvertures de fistules ou d'abcès, par lesquelles sortent souvent des séquestres d'os malades.

Les muscles se rétractent, et leurs tendons soulèvent la peau et se font sentir comme des cordes, par suite de l'immobilité du membre malade. Cette immobilité produit aussi l'amincissement des muscles, de sorte que la tumeur paraît moins volumineuse qu'elle ne l'est réellement.

Mais la lésion la plus grave est celle des os. Elle peut être, comme nous l'avons dit, primitive et cause de la tumeur blanche, ou bien consécutive à une altération des parties molles. Les extrémités os-

seuses, à cause de leur vascularité, subiront l'influence de la maladie plutôt que la diaphyse qui est plus compacte.

Toutes les maladies des os sont susceptibles de produire des tumeurs, et entre autres l'ostéite, la carie, la nécrose..., etc.

L'ostéite peut être simple ou consécutive à une affection générale, comme la tuberculisation, la syphilis. Quand elle est simple, l'os s'infiltre, se gonfle; du pus se produit; il peut y avoir carie, nécrose et sortie de séquestres, mais de séquestres venant de la superficie de l'os, en dehors de l'articulation.

Dans le cas de tuberculisation, ce qui n'est pas très-commun chez les enfants, il peut exister un tubercule enkysté qui se trouvera renfermé dans l'extrémité osseuse et s'accroîtra en tous sens. Si ce tubercule atteint la superficie de l'os, il peut s'ouvrir une issue dans le tissu cellulaire, en dehors de l'articulation, et la guérison alors n'est pas impossible.

Si, au contraire, il se vide dans la cavité articulaire, la maladie augmente d'intensité, toutes les parties de l'articulation se désorganisent et il survient des phénomènes généraux qui peuvent enlever le malade.

Dans d'autres circonstances, la matière tuberculeuse est infiltrée dans une portion de l'os qui se nécrosera, sera éliminée par séquestres, et la guérison pourra encore survenir. Mais si l'infiltration se fait jour dans la jointure, le cartilage se détruit en totalité ou en partie, la cavité de l'os s'oblitère, et les séquestres du cartilage peuvent rester dans l'articulation et y entretenir une suppuration interminable.

La carie et la nécrose se comprennent facilement comme résultat de l'ostéite et complication de la tumeur blanche.

Au milieu de tous ces désordres, que nous venons de rappeler, il se produit des déplacements de surfaces articulaires faciles à prévoir.

Ces déplacements tiennent :

1° A l'inflammation des parties molles qui entourent l'articulation. Ces parties perdent de leur résistance, se laissent distendre; les ligaments ne peuvent plus maintenir les os qui, obéissant à la traction des muscles les plus forts, finissent par se déplacer. De là des luxations plus ou moins complètes ;

2° A la rétraction des muscles résultant de la position vicieuse du malade.

Ainsi, dans la plupart des coxalgies, les malades se couchent sur le côté sain, et fléchissent la cuisse du côté malade sur le bassin.

Il s'ensuit que les fessiers sont tendus, qu'ils pressent la tête du fémur sur le bourrelet cotyloïdien, que la cavité cotyloïde se déforme par suite de cette pression continue, et qu'enfin la luxation se produit, le plus souvent, il est vrai, d'une manière incomplète.

Mais quelquefois la tête du fémur glisse jusqu'à la fosse iliaque externe, et alors il y a luxation complète.

Les déplacements par rétraction musculaire ne s'observent que tardivement.

Voyons maintenant dans quel ordre de fréquence se trouvent prises les différentes articulations chez les enfants.

Les articulations occipito-atloïdiennes et atloïdo-axoïdiennes sont plus souvent atteintes que celles des autres régions de la colonne vertébrale, qui, à leur tour, le sont beaucoup moins fréquemment que les articulations des membres.

L'arthrite chronique de l'articulation temporo-maxillaire est des plus rares.

L'articulation scapulo-humérale, les articulations du coude, du poignet, des phalanges se prennent facilement. Nous voyons souvent chez les enfants ce genre d'altération.

Celles des membres inférieurs, notamment celle du genou, présentent souvent des tumeurs blanches.

L'articulation coxo-fémorale, qui est fréquemment atteinte de coxalgie, mérite une mention toute spéciale, et nous traiterons à part de tout ce qui s'y rattache.

Les arthrites chroniques reconnaissent deux sortes de causes, l'une locale ou traumatique, assez rare chez les enfants qui cependant font fréquemment des chutes, l'autre générale, très-ordinaire dans le jeune âge.

La cause locale ou traumatique n'agira que si le sujet est prédisposé ; elle n'en sera que la cause occasionnelle. Il est évident que tous les enfants n'auront pas une tumeur blanche pour être tombés sur le genou, tandis que si les tissus y sont préparés par une mauvaise constitution, il deviendront le siége d'une inflammation qui ne tardera pas à prendre une forme chronique.

La cause constitutionnelle est presque toujours la scrofule, qui domine plus particulièrement chez les enfants des deux sexes placés surtout dans de mauvaises conditions hygiéniques.

Cette exagération du système lymphatique semble prédisposer les sujets qui en sont atteints à contracter des tumeurs blanches, à un tel point que les moindres causes occasionnelles peuvent déterminer chez eux cette terrible maladie.

Quand la tumeur blanche se développe sous l'influence de la scrofule, la maladie débute souvent par les os; mais elle peut commencer par les parties molles, comme dans le cas d'arthrite aiguë passant à l'état chronique.

Toutes les maladies qui portent leur action sur les os peuvent produire les tumeurs blanches.

L'affection débute le plus ordinairement par une gêne ou par une douleur passagère, qui se reproduit à des intervalles plus ou moins éloignés, et qui augmente d'intensité pour devenir permanente.

Quelquefois la douleur se fait sentir plusieurs mois avant l'apparition de la tumeur blanche; elle cesse pendant un laps de temps plus ou moins long, puis elle revient et ne quitte de longtemps le malheureux malade.

Un enfant, menacé de tumeur blanche, sentira, après un exercice un peu violent, une douleur plus ou moins vive que le repos de la nuit fera disparaître; les jours suivants nouvelles souffrances par suite de nouvelles fatigues, et ainsi la douleur reparaîtra en augmentant d'intensité et de durée; à un tel point qu'on ne pourra plus toucher le membre malade, ni même heurter le lit du pauvre patient.

On peut observer, et surtout au commencement de la maladie, un phénomène remarquable : le malade rapporte la douleur à l'articulation située au-dessous de l'articulation réellement prise. Ainsi, dans la coxalgie, c'est quelquefois du genou que l'on se plaint tout d'abord, ou au moins la douleur du genou étant plus intense que celle de la hanche, a fait prendre le change à des médecins non prévenus de ce fait, et leur a fait croire à une affection de cette articulation.

Ici, on peut expliquer ce phénomène par la transmission de la douleur au moyen des nerfs qui viennent s'épanouir autour de l'articulation fémoro-tibiale. Mais cette explication n'est pas admissible pour d'autres articulations.

M. Richet pense que, les deux extrémités d'un os long communiquant par le canal creusé dans sa diaphyse, lorsque l'une de ces extrémités sera affectée d'ostéite, l'autre extrémité s'en ressentira. Mais, comme le fait observer judicieusement M. Nélaton, si cette douleur était l'indice d'une ostéite de l'extrémité inférieure du fémur, par exemple, elle ne tarderait pas à être suivie d'une affection de l'articulation du genou; or, c'est là ce que l'on n'observe pas.

Quel que soit d'ailleurs le siége de ces douleurs, on a remarqué qu'elles sont plus intenses la nuit que le jour.

Les autres symptômes les plus constants sont :

1° Le gonflement, qui peut être causé par la tuméfaction des os, par un épanchement articulaire, par le gonflement des parties molles extérieures à l'articulation. Il finit par devenir permanent comme la douleur.

2° La claudication, qui est déterminée au début par la douleur que provoque la marche. Mais quand la maladie est guérie, l'enfant peut encore boiter, soit par habitude, soit par suite de rétraction musculaire ou d'ankylose.

3° La déformation de l'articulation. Elle sera surtout causée au début par la tuméfaction des os ou des parties molles ; elle peut aussi provenir d'une hydarthrose ; les abcès et le ramollissement des ligaments, par suite de leur contact avec le pus, font céder les os à l'action des muscles les plus forts, qui opèrent ainsi des déplacements. Les articulations seront encore déformées par la position du malade qui se prête à l'action de certains muscles, en faisant taire celle de leurs antagonistes : il en résulte une traction continue sur les os, qui modifie la forme de l'articulation.

4° Le raccourcissement ou l'allongement du membre malade.

Ils sont quelquefois seulement apparents, car il existe des variations de longueur qui proviennent uniquement de ce que les deux membres que l'on compare affectent des positions différentes. Nous avons pu étudier sur nous-même un raccourcissement de la cuisse qui se produisait lorsque nous voulions marcher, à une époque où nous étions atteint d'une affection rhumatismale de l'articulation coxo-fémorale. La rétraction musculaire causée par la douleur simulait un raccourcissement.

Mais les raccourcissements et les allongements peuvent être réels, à la suite des déplacements des surfaces articulaires.

Il y a des raccourcissements, liés à des rétractions musculaires, qui ne cèdent qu'à la ténotomie.

5° Les ankyloses. Quand les os ont suppuré, ils s'envoient réciproquement des stalactites osseuses, et d'autres fois les ligaments se durcissent ou s'ossifient : de là résultent des ankyloses plus ou moins complètes.

M. Richet a constaté que, lorsqu'il y a déplacement, il peut se former des pseudarthroses susceptibles également de tumeur blanche.

Enfin, un symptôme qui n'est pas rare dans les arthrites chroniques, c'est la crépitation. Elle a lieu lorsque l'articulation est sèche, ou bien lorsque les cartilages étant usés, les os frottent les

uns contre les autres, ou que ces mêmes cartilages exfoliés sont répandus en petits grains dans l'intérieur de l'articulation.

En résumé, l'arthrite chronique présente trois périodes principales :

1° Gêne, douleur, gonflement des parties molles.

3° L'inflammation envahit l'articulation, et c'est alors que l'on observe les abcès, les ulcérations, les fistules droites ou tortueuses, si le pus fuse et se fait jour dans un point déclive ; les fongosités et la crépitation.

3° Déformation, luxation, sorties des séquestres, ankylose.

Cette maladie marche quelquefois rapidement, et en quelques mois, elle est arrivée à un tel point, qu'il faut amputer le membre pour empêcher le malade de mourir de consomption.

Mais le plus souvent elle met des années à parcourir toutes ses phases. En général, sa marche est d'autant plus lente qu'il y a complication du côté des os.

Le diagnostic des tumeurs blanches, dans l'acception ordinaire du mot, est très-facile ; il n'en est pas de même du point de départ de la maladie dans tel ou tel tissu, ni de certaines complications. Ainsi, lorsqu'il s'est developpé des fongosités dans l'articulation, on aperçoit une fluctuation qui peut faire croire à des abcès.

On ne pourrait guère confondre cette maladie qu'avec une hydarthrose ou un rhumatisme articulaire, mais alors seulement que ces deux affections, passant à l'état chronique et désorganisant les tissus de l'articulation, mettraient le membre hors d'état de fonctionner. Dans ce cas, n'aurait-on pas affaire à une véritable tumeur blanche, dans l'acception que nous avons réservée à ce mot ?

Le traitement, d'ailleurs, dans l'état actuel de la science, ne serait-il pas le même, dans le cas où l'on diagnostiquerait une tumeur blanche, un rhumatisme chronique ou une hydarthrose dont le liquide serait devenu purulent ?

Au point de vue du traitement général, il serait utile de savoir sous quelle influence s'est développée la maladie. S'il y a scrofule, le malade porte le plus souvent d'autres traces de cette affection, quoiqu'il puisse arriver, comme nous l'avons déjà dit, que tout le vice scrofuleux se concentre sur un seul point. On trouve aussi fort souvent des antécédents de scrofules chez les parents. Il en est de même pour la syphilis, qui n'attaque les os qu'à la période tertiaire, et alors, le plus souvent, on a affaire à une maladie héréditaire. La vérole tertiaire commence par attaquer la diaphyse des os, et à mesure qu'elle vieillit, elle se rapproche des articulations ;

mais lorsqu'elle est transmise par les parents, elle peut d'emblée se manifester dans une articulation.

Il est parfois fort difficile de constater si les os sont malades. Le gonflement des parties molles peut en imposer, et il nous est arrivé de pratiquer des amputations dans des cas où les os étaient peu ou point malades, alors qu'ils nous paraissaient atteints, ainsi qu'aux autres personnes qui avaient examiné l'articulation.

Ces erreurs ne peuvent avoir lieu que lorsqu'il n'y a pas de fistules disposées de telle façon qu'en introduisant un stylet, on arrive à constater le bruit de la crépitation sur l'os dénudé.

Le pronostic des arthrites chroniques est presque toujours grave; cependant il varie souvent, suivant la cause, la période du mal et l'âge du sujet.

1° La cause étant déterminée, cause traumatique, ou toute autre cause en dehors de la scrofule, le pronostic pourra être assez favorable. — Il y a des tumeurs qui guérissent avec le temps et sous l'influence des moyens toniques généraux.

2° La période rendra le pronostic d'autant plus fâcheux que la maladie sera plus ancienne, à moins que l'on ne constate une tendance notable à l'amélioration. S'il y a épanchement, suppuration, déplacement depuis longtemps, etc., il n'y a rien de bon à espérer.

3° L'âge. — L'enfance est favorable à la guérison ; cependant il arrive souvent que le mal ne s'enraye complétement que dans la puberté ou dans l'adolescence, au moment où la constitution s'améliore.

La guérison ne s'obtient le plus souvent qu'avec déformation, raccourcissement, luxation ou ankylose.

On voit aussi les petits malades succomber à l'excès de la suppuration.

Quoi qu'il en soit, on devra toujours se rappeler qu'il n'est peut-être pas de maladie qui donne lieu à plus de mécomptes que celle qui nous occupe dans ce moment.

Traitement. — Il faut diviser le traitement des arthrites chroniques en local et en général. Le traitement local sera dirigé contre les diverses altérations matérielles que l'on aura pu reconnaître. Le traitement général s'adressera à la constitution du malade, et le plus souvent, par là même, à la cause de la maladie.

Le traitement local a une grande importance; en effet, il peut arriver que la cause qui a produit la tumeur blanche ait disparu, et alors les soins locaux seuls peuvent produire de bons effets. Et même dans le cas où la maladie a sa source dans l'organisme, ils

deviennent indispensables ; comme preuve, nous citerons l'exaspération produite par les mouvements intempestifs, le bien-être au contraire qui résulte de l'immobilité; nous pourrions citer bien d'autres exemples; mais passons rapidement en revue les divers moyens thérapeutiques que nous avons employés.

Les antiphlogistiques au début, quand il y a rougeur, chaleur, inflammation, en un mot, ne nous ont pas rendu de bien grands services à l'hôpital des Enfants. Ainsi, sur plusieurs arthrites chroniques pour lesquelles nous avons employé les émissions sanguines, deux ou trois seulement ont paru légèrement améliorées. Du reste, ce peu de succès se comprend quand on songe que l'on a affaire à des enfants lymphatiques, scrofuleux, exsangues, chez lesquels la moindre perte de sang peut avoir la plus mauvaise influence sur l'état général.

On ne doit cependant pas rejeter complétement ce mode de traitement, qui serait utile chez des sujets atteints de tumeur blanche et qui recevraient un coup sur l'articulation malade, au moment où leur constitution commencerait à être améliorée par le traitement général ; ou bien, quand au début de l'arthrite, chez des sujets d'une force convenable, il y a fièvre, signes manifestes d'inflammation.

Dans ce cas, nous préférons aux sangsues les ventouses qui apportent à la peau une dérivation salutaire.

Les émollients sont de peu d'utilité ; cependant nous employons les cataplasmes arrosés de laudanum, lorsque les douleurs sont vives.

Les fomentations émollientes, les bains entiers et les douches de vapeur peuvent être mis en usage, lorsque le malade ressent des élancements dans la jointure.

Les frictions ou mieux les onctions avec des substances fondantes, et notamment avec l'onguent mercuriel simple ou belladoné, quand il y a de la sensibilité, nous ont rendu de véritables services; mais le plus souvent ce sont des moyens insuffisants.

Les topiques, tels que la pommade émétisée, l'huile de croton au début, l'onguent napolitain déjà indiqué, lorsqu'il y a du gonflement, de l'empâtement, ne sont pas sans utilité.

Nous avons peu de confiance dans la pommade à l'iodure de plomb ou à l'iodure de potassium, qui cependant peut être employée.

Nous ne sommes pas partisan des vésicatoires, dont nous n'avons jamais obtenu de services évidents à l'hôpital.

Nous nous sommes assez bien trouvé d'étendre, tous les deux ou

trois jours, autour de l'articulation malade, de la teinture d'iode, répétée plus ou moins souvent suivant l'effet produit.

Mais nous n'avons eu qu'à nous louer quelquefois des cautères volants faits avec la pâte de Vienne, lorsque nous voulons agir énergiquement. Il faut en placer quatre autour de l'articulation, et en poser d'autres après leur cicatrisation. Nous avons eu des succès par ces applications, mais nous avons vu aussi les maladies marcher, même après de nombreux cautères volants.

Les moxas ont été abandonnés par nous, parce qu'ils causent trop de douleur pour le peu d'avantage qu'on en retire.

Les cautères actuels, les raies, les plaques, les pointes de feu ont au contraire une efficacité incontestable, et pratiquées avec des cautères chauffés à blanc, elles sont peu douloureuses ; de plus, elles ont l'avantage de pouvoir être faites plus ou moins superficiellement, selon les indications, sans la moindre difficulté. Ajoutons pourtant que bien souvent nous en avons retiré peu d'avantage.

Les appareils sont, avant tous les autres moyens, de la plus grande utilité, et indispensables dans tous les cas.

En effet, ils mettent l'articulation du malade dans le repos, tout en permettant au corps de prendre de l'exercice.

Lugol faisait marcher ses malades atteints de tumeur blanche, même du genou, pour les préserver de la langueur qui résulte inévitablement d'un séjour trop prolongé dans le lit.

Comme cette manière d'agir n'est pas sans inconvénient, il est prudent d'appliquer des appareils qui ont l'avantage d'empêcher les mouvements intempestifs de l'articulation malade, et de remplacer la marche par l'usage de petites voitures qui servent à conduire les enfants promener en bon air. On peut appliquer simplement autour de l'articulation de la ouate maintenue par un bandage légèrement serré.

Les appareils peuvent être en métal, en treillage, en gutta percha, etc. On peut les faire avec des bandes dextrinées, qui ont l'avantage de se mouler exactement sur les parties malades et d'empêcher toute espèce de mouvement.

S'il y avait de la suppuration, si l'on avait placé des cautères, on ménagerait des ouvertures qui n'ôteraient rien de la solidité de l'appareil et qui permettraient de surveiller les plaies.

De plus ces bandages ont l'avantage de faciliter l'expulsion du pus, et d'empêcher l'engorgement du membre en le comprimant.

Avant de placer les bandages, il faut mettre les parties malades dans une position convenable, afin que, s'il survenait une ankylose,

l'enfant n'ait pas un membre inutile. Ainsi on devra maintenir fléchie l'articulation du coude, celle du poignet sera au contraire mise dans l'extension. Les membres inférieurs devront être tenus également dans l'extension, et le pied à angle droite sur la jambe.

On renouvellera les bandages dextrinés tous les quinze jours environ, afin de voir s'il ne survient pas de complication; et puis, si l'engorgement a diminué, l'appareil deviendrait trop large.

Quand il y a rétraction musculaire et que le membre se trouve dans une position désavantageuse, on emploie avec succès les appareils mécaniques, qui redressent le membre par une traction continue, que l'on peut graduer à volonté. On est quelquefois obligé de pratiquer la ténotomie, comme si l'on avait affaire à un pied-bot.

Les tumeurs blanches peuvent se compliquer d'abcès qui se forment dans les tissus avoisinant l'articulation, et qui ont été décrits par Gerdy sous le nom d'*abcès circonvoisins*.

Quand on assiste à la formation de l'abcès, on peut tenter de le faire avorter par les résolutifs, par la compression, quand il n'y a pas de douleur, ou par des applications successives de teinture d'iode tous les deux ou trois jours; mais très-souvent on échoue.

Il faut alors, pour donner issue au pus, pratiquer une ouverture qui sera autant que possible sous-cutanée, ainsi que l'a conseillé M. Guérin.

Dans les cas où il y aurait un abcès intra-articulaire considérable, on pourrait le traiter par la ponction sous-cutanée et par l'injection iodée.

Lorsque l'ostéite vient compliquer la tumeur blanche ou qu'elle en est la cause, il faut temporiser; la nature fait à elle seule tout le travail nécessaire à l'élimination des séquestres, et ensuite la cicatrisation s'opère promptement.

Cependant, lorsque la constitution du malade est trop détériorée, il y a danger à attendre trop longtemps, car l'abondance ou la durée excessive de la suppuration peut amener la mort. Il faut alors recourir à l'amputation ou à des résections articulaires qui réussissent plus chez les enfants que chez les adultes, mais dont nous sommes très-sobre, parce que nous avons vu beaucoup de guérisons imprévues.

Lorsqu'il se forme des ankyloses, il faut appliquer des gouttières métalliques qui en éviteront la rupture; on a soin alors de placer le membre dans une position convenable, comme nous venons de le dire. Il faut même, à l'exemple de Bonnet, de Lyon, endormir les sujets par le chloroforme, placer par des manœuvres convenables

les articulations dans une position normale et appliquer des appareils pendant longtemps.

S'il survient une luxation, on la respectera si elle est trop ancienne ; mais si on la voit se former, on maintiendra les surfaces articulaires en rapport au moyen d'appareils inamovibles, ou bien on réduira la luxation nouvellement formée, et l'on appliquera également un appareil.

Nous arrivons au traitement général ou médical ; il est à la fois hygiénique et thérapeutique.

Comme il s'agit surtout de combattre le vice scrofuleux, on insistera pour que les malades aient bonne nourriture et bon air ; puis on s'adressera aux médicaments toniques et dépuratifs. On prescrira des antiscrofuleux sous toutes les formes. Nous conseillons habituellement l'huile de foie de morue, les amers, les préparations iodées et ferrugineuses.

Nous avons soin de faire alterner l'administration de ces médicaments, afin de ne pas fatiguer les malades. Ainsi, par exemple, nous prescrivons de préférence l'huile de foie de morue pendant les temps froids et secs, et les amers pendant les saisons chaudes et humides.

Le fer réussira bien chez les malades qui auront quelques phénomènes chlorotiques ou une prédisposition à la diarrhée.

Les préparations iodées conviennent surtout à ceux qui présentent des engorgements ganglionnaires.

Nous nous trouvons également bien des bains sulfureux et des bains de mer.

Dans tout cela, il ne faut pas oublier que c'est aux soins généraux qu'il faut demander la guérison de la maladie.

Le traitement local n'est en quelque sorte qu'un palliatif de la douleur et de la difformité.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Expériences sur l'association du fer et du quinquina dans les sirops et les vins de quinquina ferrugineux.

L'uniformité dans la préparation et l'invariabilité dans la composition des agents médicamenteux constituent deux problèmes importants que la pharmacie doit chercher à résoudre de la manière la plus rationnelle, parce qu'ils sont la base sur laquelle s'appuie la thérapeutique pour obtenir des résultats satisfaisants.

En ce qui concerne les médicaments simples, ce but peut être facilement atteint, pourvu que les matières premières qui entrent dans leur composition soient de bonne qualité et que le traitement qu'on leur fait subir soit aussi méthodique que possible. On comprend très-bien que, dans ces conditions, le médicament puisse avoir une composition constante et des propriétés physiologiques définies.

Pour les médicaments composés, le problème est d'une solution plus difficile. Pendant la préparation de ces derniers, et malgré les soins qu'on y apporte, les principes constituants des matières végétales, et quelquefois minérales, mises en présence, ont pu réagir les uns sur les autres, de manière à donner naissance à des produits tout à fait différents de ceux qu'on espérait : c'est qu'il s'établit de véritables réactions chimiques qui, lorsqu'elles ont lieu, surtout entre les principes les plus actifs de ces matières, ont pour résultat de dénaturer complétement le médicament composé. Tout le monde sait qu'on désigne sous le nom d'*incompatibles* les substances médicamenteuses susceptibles de former des combinaisons spéciales lorsqu'on les mélange ensemble, et l'on sait aussi que le fer et le quinquina occupent en pharmacie l'une des premières places parmi les agents médicamenteux incompatibles.

Cependant nombreuses et variées sont les préparations à base de de sirop et de vin dans lesquelles, disent leurs inventeurs, le fer et le quinquina sont associés, sans qu'ils réagissent l'un sur l'autre de manière à anihiler leurs propriétés caractéristiques et originelles.

Ce fait a paru une question assez intéressante à la Société de pharmacie de Paris pour devenir l'objet d'un examen spécial : une Commission a été chargée de l'étudier, et c'est le résultat de ces expériences que nous empruntons au rapport très-bien fait de M. Lefort.

Le problème que la Commission avait à résoudre peut se résumer dans les deux propositions suivantes :

1° Le fer et les principes des quinquinas peuvent-ils exister ensemble sans se combiner chimiquement dans un sirop ou dans un vin quelconque ?

2° Tous les sels de fer se comportent-ils de la même manière avec les diverses espèces de quinquina, en présence du sirop et des différentes espèces de vins ?

Or, la Commission a constaté que toutes les fois qu'on verse des solutions de sels de fer (tartrate, citrate, pyrophosphate citro-ammoniacal et pyrophosphate de fer et de soude) dans les sirops à l'eau de quinquina jaune, rouge et gris, on produit des décompositions

ou des réactions chimiques qui dénaturent plus ou moins complétement les agents mis en présence.

Mais elle a découvert que le sirop de quinquina au vin de Malaga qui se prépare, comme on sait, avec l'extrait de quinquina gris se comportait d'une manière différente, et elle croit avoir trouvé par là le meilleur moyen d'associer le fer et le quinquina. La Commission propose donc la formule suivante :

Sirop de quinquina ferrugineux.

Pr.	Sirop de quinquina au vin de Malaga......	1 kilogr.
	Pyrophosphate de fer citro-ammoniacal.....	10 grammes.
	Eau distillée..............................	20 grammes.

On fait dissoudre le sel de fer dans l'eau distillée et on l'ajoute à froid dans le sirop de quinquina.

Chaque cuillerée à bouche de ce sirop contient 40 centigrammes d'extrait de quinquina gris et 20 centigrammes de pyrophosphate de fer citro-ammoniacal. Sa saveur est franchement amère, mais sans arrière-goût styptique et atramentaire rappelant la présence des composés ferrugineux, et, conservé à la cave, il ne se trouble pas d'une manière notable après un certain temps de préparation.

Vins de quinquina ferrugineux.

Les recherches de la Commission sur les sirops de quinquina ferrugineux ont démontré qu'en général, et toutes choses égales d'ailleurs, le quinquina gris s'associait mieux avec les sels de sesquioxyde de fer que les quinquinas jaune et rouge. Cette observation est également applicable aux vins, quelle que soit leur provenance, et avec le tartrate, le citrate et le pyrophosphate de fer citro-ammoniacal. Mais cela n'a pas lieu de surprendre, lorsqu'on sait que le quinquina gris contient moins d'alcalis organiques et de matières colorantes capables de réagir non-seulement sur les sels de fer, mais encore sur les principes tanniques et colorants des vins.

Il y a toutefois cette différence capitale entre les sirops et les vins de quinquina ferrugineux, que, pour ces derniers, les réactions ne se trouvant plus entravées par la présence d'une grande quantité de sucre, sont d'abord plus profondes et plus promptes à se produire, puis se compliquent de toutes les décompositions chimiques qui s'opèrent entre le fer et le quinquina d'une part, et entre ces substances et les principes tanniques et colorants propres aux vins, d'autre part.

Les nombreux essais que l'on a faits pour obtenir un vin de quin-

quina ferrugineux de composition constante, de facile conservation, et enfin réunissant tous les avantages qu'on est en droit d'attendre de l'association du fer et du quinquina administrés ensemble ou isolément, ont été exécutés avec des vins de France (vins rouge et blanc de Bordeaux) et des vins d'Espagne (Malaga et Madère).

Après en avoir préparé des vins, d'après le procédé du Codex actuel, et avec les trois espèces de quinquina jaune, rouge et gris, on y a mélangé des solutions concentrées de tartrate, de citrate, de pyrophosphate de fer citro-ammoniacal, et enfin de pyrophosphate de fer et de soude dans les proportions de 20 centigrammes de sel de fer pour 30 grammes de vin de quinquina.

La conclusion générale que la Commission a tirée de nombreuses expériences entreprises à cet égard est que toujours le fer, quelle que soit la combinaison saline dans laquelle il est engagé, est incompatible avec les passages contenus dans les vins de quinquina jaune, rouge et gris. Constamment, en effet, il se produit, soit dans le premier moment, soit quelque temps après, des précipités plus ou moins abondants, composés surtout de tannin, d'alcalis organiques, de matières colorantes et d'oxyde de fer. Ce sont de véritables laques, ou mieux de véritables sels à acides organiques dans lesquels les alcalis végétaux et l'oxyde de fer jouent concurremment le rôle de bases. Mais ces réactions ne se bornent pas seulement à la formation de composés insolubles, que l'on peut au besoin séparer du mélange pour obtenir des liquides transparents renfermant encore la plus grande partie du fer en solution, car si l'on abandonne à eux-mêmes les vins de quinquina ferrugineux après les avoir filtrés, et si mieux encore les éléments de l'air interviennent, ils ne tardent pas à se troubler de nouveau et à donner naissance à d'autres composés insolubles. En effet, on peut observer qu'en filtrant à plusieurs reprises ces vins à mesure qu'ils se troublent, on finit par les décolorer et par les dépouiller de la plus grande partie des matières que l'on a tant d'intérêt à y conserver.

D'après cela on conçoit que les vins de quinquina ferrugineux en général, et quelle que soit la manière dont on les prépare, ne sont pas des médicaments d'une composition constante et sur lesquels la thérapeutique puisse compter.

D'une autre part, et contrairement à ce qui a lieu avec le sirop de quinquina ferrugineux dont nous avons fait connaître précédemment la composition, le fer et le quinquina dans ces vins n'existent jamais à l'état dans lequel ils ont été introduits, en un mot avec les caractères qui appartiennent à chacun de ces médicaments consi-

dérés isolément; or on se demande si leurs propriétés thérapeutiques ne se ressentent pas des décompositions qui se sont opérées entre leurs principes et ceux des vins.

« Quoiqu'il ne nous soit pas donné, dit M. Lefort, d'approfondir ce dernier point, nous croyons cependant indispensable d'en dire quelques mots.

« Tout le monde sait que pour l'entretien des rouages de l'économie animale, il n'est pas indifférent que les agents destinés à cet usage soient combinés ou mélangés d'une manière arbitraire. Tous les sels minéraux appartenant à un même oxyde ne possèdent pas des propriétés physiologiques absolument identiques, et l'on constate que l'équivalent de diffusion de certains corps dans l'organisme, des sels de soude et des sels de potasse par exemple, n'est presque jamais le même; nul doute qu'il n'en soit de même des agents médicamenteux.

« Nous croyons pouvoir dire, sans sortir de notre sujet, que probablement le fer en combinaison avec les acide tartrique, citrique ou phosphorique agit d'une manière différente que lorsqu'il est uni ou mélangé avec du tannin, de l'acide gallique et des principes colorants tels que ceux qui existent dans les quinquinas et les vins; que les alcaloïdes des quinquinas, à l'état de sels dans ces écorces, possèdent sans doute des propriétés assimilatrices également différentes lorsque l'art les a fait entrer dans d'autres combinaisons soit solubles, soit insolubles, comme avec les principes naturels des vins.

« Ce sont là, on le conçoit, autant de raisons qui nous font dire que la thérapeutique n'a pas toujours à gagner à l'emploi des médicaments dans lesquels les agents actifs sont plus ou moins modifiés dans leurs éléments primitifs par des associations difficiles à spécialiser, soit chimiquement, soit physiologiquement. »

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Des dyspepsies boulimique et syncopale et de leur traitement (1).

DE LA DYSPEPSIE BOULIMIQUE.

Cette singulière névrose, que j'ai eu occasion de rencontrer plusieurs fois en dehors de toute affection autre qu'un trouble ner-

(1) Extrait du *Traité de la dyspepsie* du docteur Guipon auquel l'Académie de médecine a décerné le prix Civrieux. L'ouvrage est sous presse et paraîtra prochainement à la librairie J.-B. Baillière et fils.

veux de l'estomac, fait un contraste complet avec la forme atonique.

Son caractère essentiel, vraiment pathognomonique, est non-seulement l'exagération de l'appétit, mais encore un accroissement anormal des forces digestives.

Le propre de la digestion étant de réparer le déficit de l'économie et d'imprimer à celle-ci un sentiment de bien-être, de besoin satisfait; la boulimie est un trouble nerveux dans lequel ce déficit n'est pas réparable, quoique la digestion s'opère régulièrement, et où le bien-être résultant du besoin satisfait ne se rencontre pas ou ne dure pas. Tantale avait le supplice de voir sa faim toujours excitée par l'éloignement des objets de son ardente convoitise : le boulimique a beau manger, sa faim renaît sans cesse.

La boulimie la plus simple ne peut être considérée que comme une dyspepsie, suivant notre définition de cette affection, car elle est essentiellement un trouble, une perversion de la digestion; c'est une névrose par excès, une fonction outrée, comme la dyspepsie atonique est une névrose par défaut, une fonction amoindrie.

Mais la boulimie peut s'accompagner de plusieurs autres signes qui appartiennent à la dyspepsie, tels que la douleur, l'acidité, les glaires ou pituites, que l'ingestion des aliments calme, et qui reparaissent dès que la phase digestive, si rapide, s'est accomplie.

J'ai observé des cas de dyspepsie boulimique aiguë et chronique. Celle-ci étant de beaucoup la plus opiniâtre, la plus caractérisée, c'est d'elle que je vais donner une courte description.

Les malades se plaignent de *mourir de faim*, d'éprouver constamment le besoin de prendre de la nourriture ; ils ont beau multiplier leurs repas, manger de la viande six, huit fois, quinze fois même dans les vingt-quatre heures, comme le jeune homme dont parle M. Chomel (1), sans compter les mets accessoires qu'ils ingèrent dans l'intervalle, ils sont toujours dans l'état d'une personne atteinte de fringale ou d'inanition : fatigue des jambes, langueur, accablement profond, faiblesse des conceptions intellectuelles. Le sommeil même n'interrompt pas cette faim morbide; pour le recouvrer, il faut couper la nuit de plusieurs repas supplémentaires.

Dans ces circonstances, la distinction des forces radicales et des forces en action, d'après les idées en honneur à Montpellier, se présente naturellement à l'esprit. Où trouver une explication plus satisfaisante de cette singulière situation de gens qui, mangeant aussi

(1) *Traité de la dyspepsie*, p. 94.

souvent que la faim le commande; ressentent autant d'affaiblissement d'une satiété toujours complète et toujours opportune que d'autres de la privation d'aliments, ou d'une nourriture insuffisante et trop longtemps attendue? N'est-ce pas là dépense excessive des forces en action, absorbant, au détriment des forces radicales, des forces en réserve; le bénéfice de la réparation nutritive, qui en diminue la somme nécessaire à l'harmonie physiologique, sans jamais l'épuiser, si ce n'est à la longue, comme toute cause d'affaiblissement peu sensible, mais continue?

Il faut en convenir, la physiologie, la médecine expérimentale, dirons-nous avec M. Cl. Bernard [1], viennent ici puissamment en aide à la théorie vitaliste en montrant que la dépense excessive de suc gastrique, résultant d'une digestion aussi active, doit entraîner une grande déperdition de forces, et que, par conséquent, ce travail digestif exubérant, qui fait en quelque sorte converger tous les efforts de la nutrition sur une seule fonction, a lieu, sinon en pure perte; au moins sans profit pour l'ensemble de l'économie normale.

Quoi qu'il en soit, au milieu de cet état singulier qu'on voit parfois se prolonger des années, l'embonpoint reste souvent le même ou augmente; les fèces sont naturelles, bien liées, en quantité proportionnelle avec l'alimentation.

C'est là la forme simple. Il existe plusieurs variétés auxquelles nous avons déjà fait allusion, comme la boulimie gastralgique, acide, pituiteuse. Ces variétés rentrant dans la catégorie des dyspepsies mixtes, nous en parlerons à cette occasion.

Traitement. — Dans la forme aiguë de cette affection, dans la forme chronique peu ancienne, la médecine possède des moyens d'action plus ou moins puissants. En ce qui concerne les cas invétérés, l'art, il faut le reconnaître, est au-dessous de ce qu'il peut prétendre obtenir dans la plupart des autres formes soumises à des conditions semblables.

En effet, la suractivité digestive, ou boulimie, développée temporairement, est presque toujours sous la dépendance d'un trouble plus général de l'économie, de l'hystérie surtout. Le retentissement qui a lieu sur les fonctions digestives devra donc, être soumis aux phases mêmes, à la marche de l'état nerveux général : aussi tous les moyens propres à guérir celui-ci influeront sur la névrose diges-

[1] *Leçons d'ouverture du cours de médecine au Collège de France*, 15 mars 1864. In *Gaz. méd. de Paris*, p. 249, même année.

tive. Les divers antispasmodiques, les sédatifs, les grands bains émollients ou calmants, seront les remèdes qu'on adoptera avec le plus de chance de réussite, tout en observant fidèlement les règles de l'hygiène par rapport à la fonction troublée.

Dans la forme chronique établie depuis plus ou moins de temps, et où la névrose digestive est tout à fait essentielle, les moyens thérapeutiques n'ont, dans l'immense majorité des cas, que des résultats relativement avantageux. L'opium et ses dérivés retardent la digestion et les sollicitations de l'appétit; mais, comme tous les palliatifs, ils sont bientôt insuffisants ou provoquent des accidents qui forcent à suspendre leur usage. Il en est de même des différents narcotiques appliqués *intus et extra*, du sous-nitrate de bismuth, de l'arsenic, de l'iode et des différents modificateurs généraux.

Ce qui m'a paru réussir le plus longtemps, c'est l'usage des viandes crues et râpées. Pendant plusieurs mois, à l'aide de cet aliment, j'ai obtenu, dans un cas des plus opiniâtres, un calme plus durable qu'avec une foule de substances pharmaceutiques diversement combinées.

Quant à la chute de forces si considérable et si singulière qui s'observe chez ces dyspeptiques, malgré un état d'embonpoint souvent très-sensible, les toniques n'y peuvent guère plus que le régime succulent. Elle m'a toujours paru proportionnée à la suractivité digestive elle-même; en sorte que, contrairement à ce qui passe dans les autres maladies et dans la dyspepsie atonique en particulier, les boulimiques sont d'autant mieux portants qu'ils mangent moins. D'après l'idée physiologique et toute rationnelle de la synergie des forces, on conçoit aisément qu'une fonction exagérée, comme l'est la digestion en pareil cas, doit attirer à elle une somme telle de forces vitales que l'équilibre se trouve rompu au détriment des autres appareils ou fonctions, et notamment de la locomotion. Nous avons, du reste, cherché à expliquer ce singulier phénomène morbide.

Avec cette faiblesse croissante, avec ce sentiment intime d'épuisement, il est naturel aussi que le malade se décourage et que son moral participe à l'affaiblissement général. Pour ce qui est des moyens prophylactiques les plus efficaces, nous pensons que des repas moins copieux, moins répétés, conviendraient beaucoup; mais comment obtenir assez de résolution de gens que la faim poursuit sans cesse et qui n'éprouvent que du soulagement à la satisfaire? C'est un de ces conseils faciles à formuler, mais à peu près impossibles à appliquer.

L'emploi du vin à haute dose, suivant le précepte du père de la médecine, ne m'a pas semblé produire de résultats appréciables.

DE LA DYSPEPSIE SYNCOPALE.

Cette variété, déjà admise par Sauvage, a été rejetée à tort du cadre des dyspepsies. Sans doute, toute syncope survenant dans le cours d'une digestion ne signifie pas qu'il y a dyspepsie; mais je soutiens que quand une digestion difficile, peu ou point douloureuse, non flatulente, s'accompagne fréquemment de lipothymie, de syncope, ce symptôme dominant, caractéristique, suffit pour lui donner une place à part, sinon à titre d'espèce morbide, du moins comme manière d'être importante, comme forme spéciale de cette espèce morbide.

Les auteurs les plus récents n'en font nullement mention. M. Chomel lui-même, qui admet une variété alcaline, sur la foi seule de l'induction, n'a pas songé à la forme syncopale, qui est au moins aussi fréquente, et qui est plus facile à observer, plus importante à étudier.

Or, voici ce que je puis dire de cette dyspepsie, dont je reproduirai plusieurs spécimens. Les personnes faibles, impressionnables, anémiques, en état de grossesse, y sont le plus prédisposées. Le travail digestif, assez lent, pénible, semble absorber toutes les forces; une émotion, une fatigue légère vient-elle s'y ajouter, la circulation se ralentit, l'harmonie fonctionnelle se rompt : le pouls faiblit, la respiration baisse, les paupières ne peuvent plus se lever, le sentiment s'amortit ou se perd, le froid gagne les extrémités. Cet état lipothymique se prolonge parfois autant que la digestion. Si la malade est ou veut rester assise, si elle est agenouillée et en prière pendant que se passe cette dépression vitale, provoquée par la chose même qui semble la plus propre à la prévenir, la circulation et parfois la respiration s'interrompent tout à fait; il se produit une véritable syncope, cet état de mort apparente auquel le médecin lui-même ne peut rester indifférent. Elle demeure assise ou, ce qui est moins dangereux, elle roule sur le parquet et revient peu à peu à elle pour rester plongée, souvent pendant plusieurs heures, dans cette sorte de torpeur lipothymique dont il vient d'être parlé.

Je distingue trois variétés dans cette affection : la *simple*, qui n'est autre que celle qui a été exposée précédemment; la *gastralgique*, qui s'accompagne de souffrances plus ou moins vives d'estomac ; et la variété dite *des femmes grosses*, qu'on n'a pas de peine à s'expliquer. Ne sait-on pas, en effet, depuis les travaux de M. Ca-

reaux, que la diminution des globules (c'est-à-dire l'appauvrissement sanguin) est fréquente dans la première moitié de la gestation, sans parler de la susceptibilité nerveuse si marquée et des troubles digestifs non moins importants de ce grand travail physiologique? Nous nous retrouvons, par conséquent, en présence des conditions prédisposantes ordinaires de la dyspepsie syncopale.

Traitement. — Cette forme de la dyspepsie comporte quelques indications bien dessinées que nous allons exposer, sans avoir à nous y arrêter longtemps en raison des développements qui précèdent et qui auront, jusqu'à un certain point, leur application ici.

Qu'elle s'observe dans l'état de grossesse ou dans les conditions ordinaires, la maladie repose le plus souvent sur un fond d'atonie générale, de chloro-anémie. Un traitement analeptique, ferrugineux, devra donc être institué jusqu'à cessation complète et définitive des accidents.

Le travail digestif étant la cause occasionnelle de la syncope ou de l'état syncopal, on devra s'attacher à l'alléger le plus possible, et, pour cela, multiplier les repas et ne donner que des aliments légers, tout à fait aptes à subir la transformation digestive. Les consommés, les gelées de viande, la viande hachée, les œufs à peine cuits, le chocolat, etc., voilà les matières alibiles qu'on choisira et qu'on proportionnera aux forces digestives.

Pendant le repas, on évitera surtout les contrariétés, les impressions vives, l'exercice prolongé, une position fatigante.

Tout lien serrant la taille devra être relâché, tant que durera le travail de la digestion.

Les réunions un peu nombreuses, où il y a de l'agitation et un air plus ou moins vicié, les repas prolongés, seront soigneusement évités.

Si, malgré ces précautions, les accidents se reproduisent, à un degré quelconque, après chaque repas, on prescrira la position horizontale au sortir de table, et l'application d'un sinapisme sur le creux épigastrique.

L'état syncopal persistant, on emploiera, pour le dissiper, tous les moyens connus et les plus usuels, tels que l'éther en potion et en inspirations modérées, les frictions des tempes et des poignets avec du vinaigre fort, le sel dit anglais, l'ammoniaque même en inspirations, enfin les sinapismes ambulants.

Dans les circonstances assez fréquentes où l'élément hystérique se mêlerait aux autres symptômes de la dyspepsie syncopale, les divers antispasmodiques, associés aux préparations ferrugineuses

ou prescrits sous forme de lavements pris une heure avant les repas, contribueront à prévenir la crise.

Enfin, en étudiant attentivement les causes prochaines de la syncope, on découvrira fréquemment qu'elle est occasionnée par la difficulté digestive de tels ou tels aliments, d'où l'on conclura à leur élimination s'ils sont peu importants, ou à l'administration, en cas contraire, des différents adjuvants ou modificateurs physiologiques énumérés plus haut, et parmi lesquels les toniques, les sédatifs, la pepsine, les alcalins, tiendront inévitablement la première place.

D[r] GUIPON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des maladies du cœur et de l'aorte, par M. William STOKES, professeur royal de médecine de l'Université de Dublin, membre honoraire de la Société royale de médecine d'Edimbourg, de la Société pathologique, de la Société des épidémies de Londres, et de la Société impériale de médecine de Vienne, membre correspondant des Sociétés médico-chirurgicales de Berlin, de Leipzig, de Gand, de Suède, etc., etc.; ouvrage traduit, avec l'autorisation de l'auteur, par M. le docteur SENAC, médecin consultant à Vichy, ancien interne des hôpitaux de Paris, secrétaire de la Société de médecine de Gannat, etc.

Il suffit même d'une étude superficielle de la littérature médicale anglaise, pour saisir immédiatement les différences radicales qui existent entre l'esprit général de cette littérature et la littérature médicale française. Ces différences portent tout à la fois, et sur les tendances de la science de l'un et l'autre côté du détroit, et sur la didactique de cette science. Pendant que, faisant plus de crédit à l'avenir que nos confrères d'outre-mer, nous nous occupons plus des choses dans leur vérité absolue, et en vue d'une construction scientifique plus complète, les médecins anglais s'appliquent surtout à la recherche des résultats pratiques immédiats, beaucoup plus insoucieux que nous d'une élaboration correcte des éléments que nous avons sous la main. Aussi bien la pratique médicale anglaise, tout en tenant compte, comme il convient, de la diversité des milieux, nous paraît-elle en général plus avancée que la nôtre, et avoir pourvu, dans une plus large mesure, aux exigences quotidiennes de l'art. Pour démontrer cette thèse que nous ne pouvons que poser ici, il nous suffirait de comparer toutes les recherches accumulées dans nos livres sur l'anatomie pathologique, sur la séméiologie avec les travaux du même ordre dans la littérature médicale du Royaume-Uni. Pendant

que, sur les innombrables questions qui se rattachent à ces deux points capitaux de pathologie, nous poussons la rigueur de l'observation jusqu'à la minutie, et que nous nous perdons dans les nuances, les pathologistes anglais ne vont point au delà des différences nettement accusées, s'arrêtent presque toujours aux sommités des choses, dût le diagnostic manquer de la précision que nous nous efforçons de lui donner, dût la pratique médicale à laquelle ils concluent ne concorder qu'à demi avec des notions incomplètes; et il en est de la forme comme du fond. Il n'est si mince auteur, parmi nous, qui n'aspire au moins à revêtir sa pensée, si humble soit-elle, d'une forme étudiée qui la fasse goûter du public auquel il s'adresse, et lorsque, quelque soin qu'on y ait mis, celle-ci est incorrecte, il reste toujours une distribution artistique du sujet qui témoigne d'une certaine intention littéraire, d'une certaine coquetterie savante. Il n'en est presque jamais ainsi dans les livres anglais qui traitent de notre science laborieuse; forme, méthode didactique, tout cela appartient à l'initiative individuelle et est presque toujours horriblement incorrect et incohérent, quand ce n'est point un homme de génie qui parle et qui trouve dans l'originalité même de sa pensée la forme, l'exposition didactique qui peut la mieux traduire.

L'ouvrage dont nous allons succinctement parler a tout à la fois ces défauts et ces essentielles qualités. La méthode suivant laquelle y est étudié l'intéressant sujet dont il traite, manque de cette lumière qui naît d'une exposition didactique correcte, et qui éclaire à l'avance la route que l'auteur va suivre pour arriver à son but. Les médecins qui, parmi nous, ont étudié les maladies du cœur et de l'aorte dans les ouvrages de MM. Bouillaud, Andral, Louis, Forget, ou dans les séméiotiques de MM. Woillez, Racle, etc., se trouveront tout d'abord comme désorientés en lisant l'ouvrage de M. William Stokes; l'élégante traduction de M. le docteur Sénac sera impuissante elle-même à prévenir cette première impression. Mais si, après une première lecture, à la suite de laquelle cette impression est inévitable, on y revient, c'est alors que tout ce qu'il y a de véritablement substantiel dans ce livre, c'est alors que les déductions pratiques rigoureuses, les saines applications thérapeutiques ou hygiéniques qui y abondent, se révéleront à l'esprit du lecteur attentif comme une lumière imprévue. Non que nous voulions dire par là que, dans l'ouvrage de l'illustre médecin anglais, le diagnostic soit systématiquement négligé, il s'en faut bien qu'il en soit ainsi; mais la séméiotique des maladies dont il s'occupe y est beaucoup plus

compendieusement exposée que dans les livres dont nous parlions tout à l'heure. Une foule de détails, qui tiennent une si large place dans cette séméiologie, telle que nous l'entendons et la pratiquons, y sont de parti pris négligés ou contestés dans leur signification diagnostique, et les grandes manifestations pathologigues y sont seules largement esquissées. Si M. Bouillaud, si M. Piorry surtout lisent ce livre, l'un s'étonnera qu'on ne lui fasse point là une plus large part dans l'élaboration de cette partie de la pathologie si longtemps obscure; l'autre, comment dirai-je, rougira ou rugira de n'y être pas même nommé. Si c'était ici le lieu de le faire, il nous serait facile de démontrer à M. William Stokes que ces deux médecins français, s'ils ont quelquefois abusé de la science des nuances, n'en ont pas moins fourni à l'observation clinique une foule d'enseignements très-utiles pour diriger la pratique elle-même dans ses quotidiennes applications. Pour M. Bouillaud, cela est trop clair, il est inutile d'y insister. Quant à M. Piorry lui-même, malgré ses trop fréquentes excentricités, il est incontestable qu'il a su faire de la plessimétrie un instrument d'investigation qui met plus d'une fois sur la voie du mal, quand les autres signes de la maladie se taisent. Ainsi, pour ne citer qu'un exemple, nous sommes convaincu que, dans les anévrysmes de l'aorte abdominale, quand M. Stokes se réduit à conclure cette grave lésion du mode de la sensibilité morbide qui seule, à son sens, la traduit à l'observation, notre idolâtre fauteur de plessimétrie, dans plus d'un cas, la lui ferait toucher du doigt et de l'œil à l'aide de l'instrument trop dédaigné de notre savant confrère d'outre-Manche : ceci soit dit en passant et en dehors de tout chauvinisme.

Quoi qu'il en soit des lacunes que cette façon de considérer les choses de la vie pathologique a nécessairement entraînées dans le livre de M. William Stokes, il n'en est pas moins vrai que ce livre se recommande à l'attention de tous par la solidité de l'enseignement pratique qui en illumine toutes les pages; et nous nous plaisons à déclarer hautement que nous en appelons de tous nos vœux la diffusion parmi nous. Qu'on nous permette de signaler, comme spécimen de ce travail original, quelques parties qui nous paraissent surtout appropriées à nos tendances scientifiques pour les corriger dans ce qu'elles ont d'excessif. Tout en tenant compte, et un très-large compte, par exemple, des obstacles à la circulation intracardiaque par les modifications de structure que présentent si souvent les valvules auriculo-ventriculaire ou vasculaires, le médecin anglais recommande, par-dessus tout, de s'informer de l'énergie

vitale avec laquelle le cœur réagit contre ces obstacles; comme des conditions générales dans lesquelles se trouve actuellement l'économie vivante. « Non-seulement, dit M. Stokes, le *médecin* doit peser exactement l'importance des phénomènes et les effets que produisent, en se combinant, des maladies différentes ; mais il doit considérer certaines conditions qui sont placées hors de la portée de l'anatomie pathologique ; qu'il sache même ignorer quelquefois les lésions organiques sans perdre de vue les faits acquis par les investigations de la science moderne ; qu'il les dépasse, et que voyant l'ensemble plutôt que les détails, il fonde son diagnostic, son pronostic, ou son traitement sur une large base, comprenant les causes et les modifications particulières de la maladie aussi bien que les effets. » Et plus loin : « En médecine, nous avons sous les yeux des phénomènes constamment variables ; l'état vital d'un organe ne peut toujours se déduire de son état physique, et les influences que subit l'économie entière ne s'expliquent pas davantage par l'anatomie. S'il en était autrement, la science médicale serait facile, mais en même temps elle cesserait de fournir matière au travail de l'intelligence, et c'est ce travail qui en constitue à lui seul toute la difficulté et toute la gloire. » Que tous ceux qui liront ce livre se pénètrent bien de ces idées, car elles sont la clef qui seule en ouvre l'intelligence, et nous sommes convaincu que, sur plus d'un point, elles rectifieront, en la corrigeant d'un excès de science, la pratique de plusieurs.

Un point de vue du même ordre, sur lequel nous croyons devoir également appeler d'une manière particulière l'attention du lecteur du *Bulletin général de Thérapeutique*, et qu'a largement développé le savant médecin anglais, c'est celui qui est relatif à la dégénérescence graisseuse du cœur. M. Stokes en a tracé une monographie qui assurément n'est pas complète, (qu'est-ce qu'il y a de complet dans les conceptions de l'esprit humain ?) mais qui contient à coup sûr des notions plus étendues que celles qu'on trouve sur la même question dans nos ouvrages spéciaux les plus avancés. Les deux formes les plus ordinaires sous lesquelles se manifeste ce mode de nutrition rétrograde du centre de la circulation, sont la forme apoplectique et la forme syncopale. Ce qui distingue le plus souvent la première forme, c'est la fréquence des manifestations apoplectiques et leur rapide disparition. La seconde forme ne paraît pas moins réelle ; et l'auteur cite le cas d'un individu qu'il a eu longtemps sous les yeux, et qui conjurait une syncope due à cette cause, en inclinant la tête jusqu'à lui faire toucher le sol. Nous recommandons la

lecture de cette partie de l'ouvrage du savant auteur dont nous parlons en ce moment à M. le professeur Trousseau. Peut-être trouvera-t-il là quelques faits qui s'expliquent autrement que par l'hypothèse d'une épilepsie à formes insolites, et survenant dans certaines conditions de la vie. Nous disons que les vues du médecin anglais, sur ce point, méritent au plus haut degré d'être contrôlées parmi nous, car si elles sont vraies, et nous croyons qu'elles le sont dans un certain nombre de cas, elles impliquent une médication qui n'est pas celle à laquelle conclut tout d'abord un esprit non prévenu de cet ordre de filiation phénoménale. C'est, en effet, la nature de ces manifestations symptomatiques ainsi déterminée, à une médication excitante, à une hygiène corroborante qu'il faut ici recourir. C'est aussi bien la conclusion à laquelle arrive M. Stokes sur ce point important de pathologie.

L'auteur, poursuivant le même mode de perturbation morbide dans un autre ordre de causes pathogéniques, montre qu'à la suite du *typhus fever* et même dans la fièvre typhoïde, l'affaiblissement cardiaque, le ramollissement du centre circulatoire sont des accidents plus ou moins fréquents qu'il apprend à reconnaître, et dont il tire d'utiles conclusions thérapeutiques qu'il est facile de pressentir.

Nous n'avons fait que glaner dans ce livre, et ce que nous en avons signalé suffira, nous l'espérons, pour appeler sur lui l'attention sérieuse des médecins qui ont la noble ambition de se tenir constamment au moins au niveau de la science, à une heure donnée de sa lente évolution. Mais combien d'autres sujets importants y sont traités sur lesquels l'illustre médecin anglais a répandu à profusion tous les trésors de sa longue et sagace expérience ! Nous ne pouvons nous empêcher, en finissant, de dire que l'ouvrage de M. Stokes n'est pas un ouvrage de nosologie pure ; les faits, et les faits les plus intéressants, les mieux exposés, y viennent confirmer l'enseignement didactique de l'auteur.

Nous avons félicité déjà M. le docteur Sénac d'avoir eu l'excellente pensée de populariser parmi nous un travail marqué au coin d'une si sage et si profonde originalité. Une seule chose manque à cette traduction, ce sont des notes qui eussent utilement revendiqué, en faveur de plusieurs de nos compatriotes, l'honneur d'une part plus large que ne la leur fait le médecin anglais dans l'élaboration de la pathologie des maladies du centre de la circulation. Aussi bien que l'a fait M. Gendrin pour Abercombie, M. Jaccoud pour Graves, etc., M. Sénac pouvait annoter l'auteur qu'il traduisait ; qu'il

nous permette de lui faire ici le reproche de cette grave omission et de lui rappeler que science oblige.

BULLETIN DES HOPITAUX.

DEUXIÈME NOTE SUR LA SUTURE DU NERF MÉDIAN. — L'attention bienveillante que l'Académie des sciences a prêtée à la première note sur la suture du nerf médian que lui a lue M. Laugier, faisait une loi à l'honorable professeur de lui donner connaissance des suites de cette opération ; nous reproduisons cette nouvelle note qui complète cette intéressante observation [1].

L'expérience physiologique dont j'ai donné les résultats immédiats est entrée, si je puis le dire, dans une nouvelle phase un peu moins favorable que la première, mais non moins féconde en faits nouveaux et même inattendus.

Le fil qui réunissait les deux bouts du nerf coupé s'est détaché dans la soirée du samedi 25 juin, douzième jour depuis l'opération, après avoir coupé les parties comprises dans la ligature. La section du nerf par le fil était prévue : il n'y avait aucun moyen de s'y opposer, son moment seul était incertain.

Qu'arriverait-il après la chute de ce fil ? Il n'y avait qu'à attendre et à observer. Jusque-là tout s'était maintenu dans les conditions premières. La sensibilité et les mouvements des doigts avaient persisté sans perte aucune. En serait-il de même quand le fil aurait cessé de prêter aux extrémités du nerf le même point d'appui ? La section du nerf donnerait-elle lieu à quelque accident traumatique ?

Tous les physiologistes et les chirurgiens savent bien que leurs recherches sont sujettes aux lois de l'organisme, et qu'il faut subir ces lois sans pouvoir s'y soustraire. L'intervention de ces lois n'est pas toujours défavorable, mais elle peut troubler les phénomènes au moins d'une manière temporaire. Sous ce rapport, les effets immédiats de l'opération peuvent être distingués des effets consécutifs. Ces derniers sont en partie du domaine de la pathologie. Au reste, ce trouble apporté dans l'expérience a aussi son côté important ; il est lui-même une nouvelle expérience instituée par l'organisme, et dont celui-ci a seul la clef jusqu'à ce que l'observation en ait tiré la conclusion.

Voici ce qui s'est produit ici : à dater de la chute du fil de suture,

---

[1] Voir le numéro du 15 juillet, p. 36.

une inflammation manifeste s'est montrée dans le nerf au niveau de la plaie ; elle a été signalée par des douleurs lancinantes le long des doigts d'abord paralysés, sur le trajet des branches nerveuses collatérales qui naissent du médian ; mais ce phénomène a eu lieu d'une manière inégale. Le pouce, le médius, l'index en étaient le siége, l'annulaire en a été exempt. En même temps s'est produit dans les doigts douloureux de l'engourdissement, et peu à peu une perte notable de la sensibilité tactile à leur face palmaire, mais cela encore d'une manière inégale. Ainsi l'anesthésie cutanée était à peu près complète au niveau des deux dernières phalanges de l'index, à toute l'étendue de la face palmaire du pouce et du médius, mais le sentiment a persisté à la face antérieure de la première phalange de l'index, à toute la moitié externe de la paume de la main, enfin, au côté externe du doigt annulaire, où il n'avait pas subi la moindre altération. Mais peut-être, pour sa persistance en ce dernier point, voudra-t-on arguer d'un rameau anastomotique constant envoyé par le nerf cubital, bien qu'il soit peu probable qu'à lui seul il puisse suppléer à la sixième branche collatérale du nerf médian. Encore faudrait-il qu'il eût conservé la sensibilité de la face interne du doigt médius, à moins qu'on ne suppose que ses filets sont exclusivement destinés au doigt annulaire, circonstance tout à fait inconnue et que le fait que j'étudie est peut-être destiné à mettre en relief.

Quoi qu'il en soit, après cinq ou six jours, les vives douleurs dues à la névrite se sont calmées, et depuis ne se sont fait sentir que par intervalle et en quelques points de la longueur des doigts ; mais à dater de leur apparition, comme je l'ai dit, la sensibilité est devenue très-altérée ; parfois elle était nulle à l'attouchement du doigt ou des barbes d'une plume, parfois seulement incertaine. Le blessé rapportait la sensation perçue à une autre partie du doigt touché, ou même à un doigt voisin.

La sensibilité reviendra-t-elle à mesure que l'inflammation s'éteindra ?

Telle était la question que je me posais il y a quelques jours. Déjà il y avait des apparences manifestes de retour; ainsi les sensations tactiles avaient reparu à la face antérieure de la première phalange du pouce, au-devant de la seconde et même de la troisième phalange de l'index : à la pulpe de ce même doigt le blessé reconnaissait l'état d'un corps lisse ou rugueux ; il distinguait les aspérités d'une lime douce et même les sensations du froid et du chaud ; mais il y avait une singulière mobilité dans son appréciation du

contact, et c'était une étude curieuse que ces variations comparées aux sensations nettes et précises des douze premiers jours à partir de la suture du nerf jusqu'à la chute du fil.

Mais aujourd'hui la question du retour complet de la sensibilité tactile n'est plus douteuse. A la visite de vendredi dernier, 15 juillet, les sensations ont été beaucoup plus précises, à la grande satisfaction du blessé; on observait encore parfois de l'hésitation dans la désignation du point touché des doigts anesthésiques; mais au médius même, qui avait le plus perdu de sa sensibilité, les sensations tactiles étaient le plus souvent perçues avec précision.

Quant aux mouvements du pouce, les seuls qui aient trait au rétablissement des fonctions par la suture, au point où elle a été pratiquée, ils sont restés intacts, ils ont pris même plus de développement qu'ils n'en avaient les premiers jours après l'opération. Le malade, depuis plus de trois semaines, ne fait pas seulement le mouvement d'opposition, mais la circumduction, dans laquelle le muscle petit abducteur animé par le médian joue nécessairement son rôle. Au dixième jour, la contractilité électrique qui, après les lésions traumatiques des nerfs moteurs, s'éteint vers le septième ou huitième jour, a été constatée publiquement par M. Duchenne (de Boulogne), dont les travaux et l'expérience de ce genre de recherches sont bien connus de l'Académie. Comment ne pas admettre que cette persistance est due à la continuité d'action du nerf rétablie par la suture?

Que de faits singuliers deviennent évidents dans cette expérience physiologique de la suture d'un nerf mixte! Le médian, à peine de la grosseur d'une plume de corbeau, dans le point où il a été coupé et réuni, a donc pu être partiellement enflammé de telle sorte qu'un certain nombre de ses tubes sensitifs soient restés exempts d'inflammation, comme ici ceux qui se rendent à la face externe de l'annulaire. D'autre part, sur le trajet d'autres tubes sensitifs, nous avons constaté des paralysies partielles de la sensibilité tactile bornées à la face antérieure de deux phalanges d'un même doigt, fait favorable à cette opinion de quelques anatomistes, que la sensibilité tactile d'un doigt, par exemple, peut résulter de houppes nerveuses indépendantes, ayant chacune une fibre-tige particulière, et comme on le verrait ici, susceptible d'être affectée isolément.

Comment se fait-il aussi qu'à la suite de la suture du médian, nerf mixte, les tubes sensitifs seuls aient subi l'atteinte de l'inflammation, tandis que les tubes moteurs, ainsi que les mouvements auxquels ils président, sont restés entiers? Leur isolement non

contesté permet-il de croire qu'un nombre quelconque de ces derniers tubes, les moteurs, ait été enflammé quand les mouvements n'ont fait aucune perte?

L'Académie m'excusera de donner sur ces divers points plutôt des aperçus que des solutions:

J'ai eu pour but, dans cette seconde note, de faire connaître plus à fond les suites de l'opération pratiquée, d'appeler l'attention sur une complication sérieuse et peut-être inévitable de la suture, l'inflammation du nerf, enfin de faire remarquer que les pertes partielles de la sensibilité déjà recouvrée par l'opération n'infirment pas, au point de vue physiologique, les premiers résultats, c'est-à-dire la possibilité du rétablissement presque immédiat des fonctions d'un nerf coupé, pourvu que les bouts soient ramenés et maintenus au contact suivant la tranche de section, et qu'au point de vue chirurgical, si la sensibilité n'avait pas été entièrement rétablie, les mouvements de la main qui dépendent du nerf médian, retrouvés après l'opération, n'en ont pas moins persisté et sont restés acquis au blessé.

Ce fait, même avec les modifications qu'il a subies, diffère donc des faits connus jusqu'ici, et n'a d'analogue que celui de M. Nélaton. Beaucoup de médecins très-compétents l'ont vu et trouvé incontestable. Toutefois, l'étonnement qu'il a causé lui a valu des contradicteurs, comme il était naturel de s'y attendre; mais ils sont loin d'être d'accord. Les uns, je ne crois pas qu'ils soient nombreux, frappés des altérations de la sensibilité produites par l'inflammation du nerf, et sans tenir compte du retour des mouvements, se sont montrés peu disposés à reconnaître ce qui leur aurait paru tenir du miracle; mais dans les sciences d'observation, les faits ne semblent miraculeux que lorsqu'ils se présentent pour la première fois, et la seule réponse à faire, je crois, c'est la présentation du malade devant la commission nommée par l'Académie. D'autres, après avoir bien observé le blessé, n'ont pas contesté le retour de la sensibilité et du mouvement après la suture, mais ils en voudraient, sans l'avoir trouvée cependant, une autre explication. Ils ne font pas attention que le rétablissement si rapide des fonctions du nerf prouve, d'une manière péremptoire, l'intervention efficace de l'opération; que l'altération même de la sensibilité par la névrite est encore une démonstration du rôle joué par la suture, et que, pour admettre ici une autre origine du retour du sentiment et du mouvement, il faudrait renoncer à ce qu'on sait de positif sur l'usage et la destination pour ainsi dire individuelle de chaque nerf. Je ne fais allusion

à ces doutes sur l'authenticité ou la véritable explication de mon observation, que parce qu'ils se sont fait jour dans des actes publics ou dans la presse. Au reste, c'est à l'Académie qu'il appartient d'apprécier et de juger.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Manganate de fer et manganate de mercure. L'affinité thérapeutique qui existe entre le manganèse et le fer faisait désirer une préparation chimique résultant de la combinaison de ces deux éléments, préparation qui, non-seulement rendît l'administration des deux agents plus facile, mais qui, de plus, possédât une vertu médicinale supérieure à celle de chacun d'eux isolé.

L'emploi de la poudre ferro-manganique de M. le docteur Pétrequin est populaire dans la médecine lyonnaise. Mais, en outre, M. Acampora, pharmacien à Naples, a réussi à préparer un composé chimique constant, formant un véritable *manganate de fer.* Ce remède, déjà expérimenté par beaucoup de professeurs dans un grand nombre des cas où le fer est indiqué, aurait manifesté une efficacité plus grande que celle de toutes les combinaisons de manganèse et de fer connues jusqu'ici.

Le *manganate de mercure*, autre préparation due aux recherches de M. Acampora, a été trouvé par plusieurs médecins de Naples, préférable à tous les autres sels mercuriels chez les syphilitiques de tempérament lymphatique ou scrofuleux. (*Il Morgagni*, et *Gaz. méd. de Lyon*, août 1864.)

Effets délétères de l'aniline sur les ouvriers qui préparent cette couleur. M. le docteur Kreuser, de Stuttgard, a observé à l'hôpital Catherine, de cette résidence, plusieurs cas de bronchite intense caractérisée par une toux spasmodique violente et sèche, accompagnés d'ulcérations siégeant spécialement aux extrémités inférieures et au scrotum, de forme arrondie, à bords tranchés et souvent calleux, recouvertes de croûtes épaisses et noirâtres, sous lesquelles se trouve un fond d'un gris sale, et entourées de parties tuméfiées et douloureuses. Le tout cède facilement à un traitement simple, quand on soustrait les ouvriers aux vapeurs délétères qui se développent dans la fabrication de cette couleur. En protégeant la peau par des vêtements appropriés, en faisant pratiquer aux ouvriers des lotions, et en améliorant la ventilation dans la fabrique de Stuttgard, on croit être arrivé à ne revoir paraître cette bronchite que lorsque le vent a une direction donnée. L'existence de cette maladie spéciale a d'ailleurs aussi été observée par MM. Stadler, à Marbourg, et Stœrig, à Wildungen. (*Corresp. Blatt für gemein.* et *Gaz. méd. de Lyon,* août 1864.)

Mécanisme de la mort par inanition. — Induction thérapeutique. D'après les expériences du professeur Panum, de Kiel, ni la quantité de sang en rapport avec le poids de l'animal, ni ses principes constituants, notamment les corpuscules sanguins et la fibrine, ne sont altérés par l'inanition complète. Il en est de même de la matière colorante des corpuscules.

Il suit de là que le sang n'est pas la substance nutritive, mais seulement le moyen de transport, d'application, des matières nutritives prises dans l'estomac, etc.; que ni les corpuscules sanguins, ni la fibrine ne sont essentiellement des matériaux de la nutrition; que l'on doit regarder une certaine portion de la matière albumineuse du sérum comme étant essentiellement la matière nutritive du corps; enfin que les symptômes de l'inanition ne résultent ni du manque de sang, ni de l'appauvrissement de ce fluide, mais bien de l'affaiblissement des systèmes nerveux et musculaires ainsi que des organes circulatoires, affaiblissement produit par l'absence de la matière nutritive nécessaire pour leur entretien.

L'auteur conclut aussi de ces recherches que la transfusion du sang

n'est point un remède de l'inanition ; qu'elle empêche plutôt qu'elle n'opère la guérison de cet état. (*Archives de Virchow* et *Gaz. méd. de Lyon*, août 1864.)

Sur le traitement de la phthisie pulmonaire par les hypophosphites alcalins. Nous avons enregistré successivement le résultat des essais tentés à Londres et à Paris. Voici ceux que signale un médecin américain. — M. Lente a expérimenté chez un grand nombre de phthisiques le prétendu spécifique tant prôné par M. Churchill. La plupart des malades soumis à ce traitement se trouvaient au début de la maladie dans les conditions les plus favorables. Les résultats n'en ont pas moins été tels, que M. Lente est obligé de conclure, comme l'ont fait presque tous les observateurs sérieux, à la plus entière inefficacité du traitement. (*Amer. med. Times* et *Gaz. méd.*, juin.)

Cas de carie de l'oreille interne suivi de guérison. Le malade en question se présente à M. Agnew avec les symptômes classiques d'une otite interne avec carie du rocher et paralysie du nerf facial. Le conduit auditif était occupé en partie par un polype assez volumineux, que M. Agnew se proposa d'enlever au moyen d'une ligature métallique. Dans les manœuvres qu'il fit à cet effet, il sentit profondément dans la région de l'oreille moyenne le contact d'un séquestre rugueux qui lui parut avoir une certaine mobilité. Le conduit auditif étant considérablement rétréci par l'inflammation chronique dont il était le siége, M. Agnew le fendit largement et arriva ainsi sur le séquestre, qu'il enleva assez facilement à l'aide d'une pince, après lui avoir imprimé quelques mouvements latéraux. En examinant le séquestre, on s'aperçut qu'il comprenait presque tout le labyrinthe. Sur la planche qui accompagne l'article de M. Agnew, on distingue en effet facilement les vestiges du limaçon et de deux conduits semi-circulaires.

Le séquestre extrait, l'état du malade s'améliora rapidement, et huit mois plus tard il était complétement guéri. (*Amer med. tim.* et *Gaz. méd.*, juin 1864.)

Cas de ligature d'une artère intercostale par un procédé particulier. Il s'agit d'une plaie de poitrine par une balle Minié, ayant fracturé la neuvième côte à trois pouces en dehors de la colonne vertébrale. Une hémorrhagie secondaire eut lieu au bout de vingt-trois jours. Le malade avait perdu beaucoup de sang, et il était à désirer que l'hémorrhagie fût arrêtée le plus promptement possible. M. Howard mit à nu les deux bords de la côte correspondant à l'artère blessée, puis passa de haut en bas, derrière la côte, à l'aide d'une aiguille mousse, une ligature sous-cutanée qui embrassa ainsi et la côte et l'artère. La même opération fut répétée sur le bout périphérique et l'artère, et l'hémorrhagie fut arrêtée. Le malade succomba au bout de quelques heures à la suite de la perte de sang, et l'autopsie montra que les ligatures assuraient bien l'occlusion de l'artère et que la plèvre n'avait pas été perforée. M. Howard pense qu'en se servant d'une ligature métallique on n'aurait pas d'accidents sérieux à craindre, alors même qu'on traverserait la plèvre. (*American med. Tim.* et *Gaz. méd.*, juin 1864.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Sur la cessation de la céphalalgie fébrile par la compression des artères temporales. Suivant le docteur Guyon, la céphalalgie cesse immédiatement par la compression des artères temporarales. C'est ce que l'auteur a constaté dans la fièvre jaune d'abord, puis dans les autres maladies fébriles. Cette compression, comme agent thérapeutique, lui paraît surtout applicable à la fièvre jaune, où la céphalalgie constitue, avec les douleurs lombaires, le symptôme qui fait le plus souffrir les malades, et auquel, par conséquent, il importe le plus de remédier. On n'y recourait que dans les redoublements ou exacerbations fébriles, c'est-à-dire alors que la céphalalgie avait acquis le plus d'intensité, et elle ne devait être portée, si c'était possible, que *juste* au point de réduire la colonne de sang à son volume normal.

Le moyen ou agent compressif le plus convenable pour la compression dont il s'agit serait une lame d'acier

courbée en demi-cercle et munie à ses extrémités d'une pelote de la contexture de celle usitée pour contenir les tumeurs herniaires.

L'auteur rappelle que la compression des temporales coïncidant avec celles des veines du bras était usitée du temps d'Hippocrate contre l'épistaxis. Il rappelle encore à cette occasion que la cautérisation des mêmes vaisseaux, ainsi que celle d'autres vaisseaux encore de la surface du crâne, était également usitée du temps d'Hippocrate. Il ajoute que cette cautérisation était aussi en usage chez les Romains et même chez nos ancêtres les Gaulois, et il cite ce qu'en dit A. C. Celse (liv. VII, chap. VII). Il fait remarquer que la même opération, pratiquée avec de la laine grasse de brebis, se trouve mentionnée dans nos premiers documents historiques, et il rapporte sur ce sujet le passage d'Hérodote (*Melpomène*, liv. IV), où il est dit que, parmi les Lybiens nomades, quelques-uns étaient dans l'usage de brûler aux enfants, dès qu'ils avaient atteint l'âge de quatorze ans, les vaisseaux du sommet de la tête et même ceux des tempes. L'auteur termine en rappelant encore la ligature des artères superficielles de la tête, mise en pratique par Harvey, ainsi que les succès qu'il assurait en avoir obtenus dans des céphalalgies anciennes et qui avaient résisté à toutes les autres médications. (*Revue des Sociétés savantes*, juin 1864.)

Recherches sur l'action thérapeutique des sulfites. M. Semmola, professeur de médecine clinique à l'hospice des incurables de Naples, a lu à l'Académie un travail, qui se trouve résumé dans les conclusions suivantes :

« 1° Les sulfites sont des substances capables d'arrêter les fermentations dans le sens chimique du mot.

« 2° Les sulfites n'ont aucune action physiologique sensible, et, pour cela, ils ne peuvent avoir aucune indication thérapeutique rationnelle.

« 3° Les phénomènes physiologiques d'oxydation continuent sans altération sensible sous l'action des sulfites. La quantité d'urée, d'acide carbonique et de vapeur d'eau expulsée dans les vingt-quatre heures reste sans aucune variation.

« 4° Les maladies qu'on a cru devoir attribuer à une fermentation morbide, comme le typhus, la scarlatine, la rougeole, les fièvres paludéennes, etc., ne sont nullement influencées par l'action des sulfites, et leurs formes graves restent également fatales.

« 5° La syphilis, la pustule maligne, l'infection purulente, etc., considérés aussi comme des fermentations morbides provoquées par des ferments fixes qui seraient inoculés, restent de même indifférentes à l'action des sulfites.

« 6° La fermentation appliquée à l'explication de toutes les maladies susmentionnées est une hypothèse déjà en opposition avec les données de la médecine clinique, et désormais condamnée complétement par les résultats négatifs de l'action des sulfites.

« 7° Les maladies contre lesquelles l'action des sulfites est incontestablement remarquable sont les infections putrides non provenant de cause spécifique ou virulente. Ainsi le pus en putréfaction, les cacochylies intestinales, les urines altérées, etc., produisent des intoxications contre lesquelles les sulfites sont presque spécifiques. Ils paralysent l'action de la substance putride absorbée et suppriment complétement les émanations putrides locales, quand on a soin d'ajouter des applications locales du remède.

« 8° Ces injections sulfitiques sont principalement actives et très-utiles dans les catarrhes purulents de la vessie et dans les cancers de la matrice à une certaine période, soit comme désinfectants, soit comme remèdes préventifs ou curatifs des intoxications nerveuses qui succèdent à la fermentation putride.

« 9° Les sulfites, en général, sont très-mal tolérés par le phthisique, à la période de ramollissement. Il est donc préférable de ne s'en servir dans le but de combattre les symptômes d'infection putride que dans des cas exceptionnels. Le sulfite de chaux, considéré comme remède capable de favoriser la transformation crétacée du tubercule, est une des mille et une illusions thérapeutiques contre cette fatale maladie. » (*Compte rendu de l'Acad. de Méd.*, juillet.)

Cas de résection du genou. M. Ollier présente l'extrémité inférieure du fémur et la supérieure du tibia réséquées pour une inflammation supérieure des os. La maladie avait débuté, il y a quatre ou cinq ans : après un traitement resté sans succès dans les hôpitaux de Paris, le malade vint se faire soigner à Lyon. Là apparurent plusieurs abcès périarticulaires, puis des fistules qui pénétraient jusque dans l'article. Etat général bon :

— pas de tubercules. M. Ollier, s'appuyant surtout sur l'état favorable du sujet, se décida à faire la résection du genou. — En Angleterre, on exagère l'application de cette opération, principalement pour les enfants chez lesquels on doit, d'après M. Ollier, ordinairement s'en dispenser, leurs maladies articulaires se guérissant, le plus souvent, sans opération. Il faut aussi, à cet âge, la repousser comme méthode générale, à cause du raccourcissement énorme qu'elle laisse après elle, les deux extrémités enlevées étant celles qui prennent la plus grande part à l'accroissement des os. Le malade de M. Ollier ne pouvait rentrer dans cette catégorie, sa croissance étant achevée. Il fallait enlever au moins 6 centimètres d'os, dont la majeure partie sur le fémur, opération qui ne présenta rien de particulier. Les surfaces osseuses furent rapprochées et maintenues par un bandage amidonné. — Après l'âge de quarante ans il est prudent de ne pas pratiquer cette opération dans les grands hôpitaux. Il faut aussi se méfier des statistiques anglaises qui la donnent comme réussissant quatre fois sur cinq. Sans doute, ce résultat est magnifique, quand on le compare aux amputations de cuisse; mais pour être logique, on devrait aussi mettre cette opération en parallèle avec la simple expectation chirurgicale; car, en Angleterre surtout, on opère beaucoup d'enfants qui guériraient seuls. — Avec une bonne soudure osseuse, la résection permet de marcher au moyen d'un talon élevé aussi bien qu'avec un pilon. En Angleterre, on a cité des enfants marchant bien avec un raccourcissement de 6 à 8 centimètres. (*Compte rendu de la Soc. de méd. de Lyon*, juillet.)

Nouvelle cause de dystocie. Grossesse utéro-interstitielle. M. Parise, professeur de clinique externe à l'École de médecine de Lille, lit une observation non suivie d'autopsie, où il a été facile néanmoins d'établir que chez une femme qui accouchait d'un second enfant l'utérus était divisé par une cloison anomale. Cette disposition a été vérifiée par M. Depaul, appelé en consultation.

Voici les conclusions :

1º Un fœtus bien conformé peut se développer à la fois dans l'utérus et dans l'épaisseur de ses parois, de manière à constituer une grossesse utéro-interstitielle :

2º Cette disposition peut s'opposer à l'accouchement naturel, et constitue une nouvelle cause de dystocie à ajouter à celles déjà trop nombreuses que l'on connaît ;

3º Elle peut retarder le développement des contractions utérines et prolonger au delà de son terme naturel la durée de la gestation ;

4º Elle peut être diagnostiquée assez à temps pour que le chirurgien puisse y porter remède, et sauver non-seulement la mère, mais aussi l'enfant ;

5º On devra la soupçonner aux symptômes suivants : tumeur volumineuse, arrondie, occupant le fond du vagin, formée aux dépens d'une des lèvres du col, et dans l'intérieur de laquelle on sent des portions fœtales ; orifice utérin situé très-haut sur un côté de la tumeur, qu'il embrasse en manière de croissant ;

6º Elle peut être prise pour une tumeur pathologique, hypertrophique ou autre, d'une des lèvres du col, laquelle présente les mêmes symptômes, moins la présence des parties dures fœtales dans son intérieur ;

7º Mais il est plus facile de la confondre avec une grossesse interstitielle coïncidant avec une grossesse utérine ; dans ce cas les symptômes devant être exactement les mêmes ;

8º Le moyen le plus certain d'assurer le diagnostic consiste à introduire la main gauche, si la tumeur fœtale est à gauche, *et vice versa*, à glisser cette main entre la tumeur et le fœtus, et à la porter assez haut pour constater que le fœtus tout entier est contenu dans l'utérus et qu'aucune de ses parties n'est logée dans la tumeur ;

9º La grossesse utéro-interstitielle étant reconnue, rien n'est plus simple que de faire disparaître l'obstacle qu'elle apporte à l'accouchement : il faut introduire la main, accrocher avec le bout des doigts le bord supérieur de la cloison qui sépare les deux cavités, porter sur ce bord un bistouri boutonné droit ou convexe fixé sur un long manche, et inciser la cloison de haut en bas et dans une étendue suffisante pour pouvoir dégager facilement la portion du fœtus logée dans la poche interstitielle ;

10º Cette petite opération, véritable hystérotomie externe, pratiquée à temps, peut sauver la vie de la mère et celle de l'enfant. (*Compte rendu, Acad. de médecine*, août.)

VARIÉTÉS.

M. le docteur Leudet fils remplace, comme directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Rouen, son père, démissionnaire.

On lit dans l'*Opinion nationale* :

« M. Fonssagrives, médecin en chef de la marine à Brest, est nommé professeur d'hygiène à Montpellier. Cette haute distinction, si flatteuse pour le savant auteur du *Traité d'hygiène navale*, rejaillit sur le corps tout entier de la chirurgie de la marine. Des vœux ardents l'accompagneront dans cette chaire, d'où il pourra désormais librement porter ses regards en arrière, et mesurer la distance qu'un décret et la haute estime de la Faculté de médecine de Montpellier lui ont fait franchir. »

Nous croyons cette nouvelle un peu prématurée. Ce qui est plus réel, c'est le décret rendu sur la proposition du ministre de la marine, par lequel M. Fonssagrives est promu au grade de premier médecin en chef de la marine (hors cadre).

Sont nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur : *Au grade d'officier :* MM. Ferraton et Gavarre, médecins-majors de 1re classe. — *Au grade de chevalier :* M. Bagnols, médecin-major de 2e classe.

Le concours pour trois places d'aide d'anatomie à la Faculté de Paris, a été terminé samedi par la nomination de MM. Polaillon, Ledentu et Gillette.

A la suite d'un brillant concours, M. Hamelin a été nommé chef de clinique médicale, et M. Trélaün-Bascou chef de clinique chirurgicale, près la Faculté de médecine de Montpellier.

Une lettre de S. M. l'Empereur à Son Exc. le ministre d'Etat exprime le désir de voir M. le préfet de la Seine commencer les travaux du nouvel Hôtel-Dieu, de manière à les terminer en même temps que ceux de l'Opéra, afin que « le monument consacré au plaisir ne s'élève pas avant l'asile de la souffrance. » Le *Moniteur* annonce que M. le préfet sera bientôt en mesure de satisfaire au désir de l'Empereur.

M. le docteur Vedie, directeur-médecin en chef de l'asile de Lafond (Charente-Inférieure), remplace à Blois M. Lunier.

M. le docteur Seraine, médecin-directeur de l'asile de Napoléon-Vendée, est nommé au même titre, en remplacement de M. Vedie, à Lafond (Charente-Inférieure).

M. le docteur Binet, médecin en chef de la section des femmes à Maréville (Meurthe), est nommé médecin-directeur de l'asile de Napoléon-Vendée.

M. le docteur Vingtrinier a été nommé vice-président du Comité central de vaccine du département de la Seine-Inférieure et président du bureau permanent de la correspondance dudit Comité.

La ville de Tarbes élève une statue au célèbre chirurgien Larrey, né à Baudéan (Hautes-Pyrénées). Des fêtes se préparent pour l'inauguration de ce monument, qui aura lieu le 15 août prochain. Le choix de cette date est bien justifié par le dévouement de Larrey à l'empereur Napoléon Ier.

Par un décret en date du 2 juillet 1864, rendu sur la proposition du ministre de la marine et des colonies, M. Gouin (François-Marie Gabriel), chirurgien de 1re classe, a été promu au grade de chirurgien principal de la marine (4e tour. — Choix).

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Coup d'œil sur un des alcaloïdes les plus importants de l'opium, la narcéine.

Une des conquêtes les plus importantes du commencement de ce siècle, celle qui a sauvé la flore médicale du naufrage où le scepticisme moderne aurait fini par l'engloutir, est la découverte des alcalis végétaux. L'énergie d'action de la plupart de ces bases organiques n'a plus permis de contester les propriétés de bon nombre de plantes dont la valeur avait été révoquée en doute. De plus, la fixité de composition de ces produits nouveaux les a mis à même de prendre rang à côté des agents médicamenteux les plus puissants tirés du règne minéral. Il suffit de nommer la quinine, la morphine, la strychnine, l'aconitine, etc., pour faire voir de suite que les principes immédiats des végétaux peuvent procurer à la médecine pratique des ressources non moins énergiques que le fer, le mercure, l'arsenic, etc.

De plus, les alcaloïdes sont venus fournir des médicaments toujours efficaces, alors que les préparations pharmaceutiques des plantes d'où ils sont extraits étaient loin de présenter les mêmes garanties : témoin les effets physiologiques et thérapeutiques de l'aconitine comparés à ceux des préparations vulgaires de l'aconit, extrait, alcoolature, etc. Un fait que l'expérimentation clinique m'a donné lieu de soupçonner, et que l'analyse chimique démontrera quelque jour, j'en suis convaincu, c'est que les principes immédiats de bon nombre de plantes médicamenteuses s'altèrent ou se détruisent plus ou moins rapidement dans toutes les préparations officinales [1], d'où résulte un nouveau motif d'accorder la prééminence aux bases organiques dans les circonstances importantes de la pratique médicale. Enfin, il n'y a que l'emploi des alcaloïdes qui puisse nous donner une certitude quant à la quantité de substance active que nous administrons à nos malades.

Outre les avantages que nous venons de noter, il en est encore

(1) Ce fait n'est pas seulement le résultat des diverses manipulations auxquelles les plantes sont soumises dans le laboratoire du pharmacien ; il peut se produire également alors que l'alcaloïde reste dans le suc de la plante. M. Guibourt, que nous avons interrogé sur la possibilité de cette altération, nous a répondu qu'il venait de faire l'examen d'un opium qu'il avait analysé avec grand soin il y a quelques années, et qu'il avait été très-surpris d'y trouver une quantité de morphine beaucoup plus faible que la première fois.

un, très-considérable, qu'offre l'emploi des alcaloïdes substitué à celui des plantes dont ils représentent la partie réellement active. On sait que, dans le traitement des fièvres intermittentes et rémittentes pernicieuses, Torti a démontré que l'administration du quinquina devait se faire à dose élevée et en une seule fois. Or les malades ne pouvaient toujours en ingérer une quantité suffisante, ou bien, lorsqu'ils y étaient parvenus, leur estomac se révoltait souvent et rejetait l'agent qui devait les guérir. Depuis la découverte de la quinine, il n'existe plus aucune difficulté dépendante du médicament, et aujourd'hui la thérapeutique de ces fièvres, autrefois si redoutées, se réduit à une question de diagnostic porté en temps opportun.

Ces quelques remarques suffisent pour nous permettre de mesurer l'étendue des services que nous a déjà rendus la chimie organique. La liste des bases salifiables qu'elle peut nous livrer est pourtant loin encore d'être complète; mais ce que nous possédons dès aujourd'hui nous donne l'idée de ce qu'il est possible d'espérer de ses progrès. En attendant, commençons par utiliser les agents précieux qu'elle a mis à notre disposition, et n'allons pas les abandonner comme des *caput mortuum* dans les laboratoires. Le meilleur moyen de provoquer le zèle des chercheurs à de nouvelles découvertes, c'est de tirer parti de celles qu'ils ont déjà faites.

Parmi les alcaloïdes connus de l'opium, il en est un qu'une étude incomplète a laissé dans l'ombre, et qui cependant nous paraît capable de rendre de réels services à la thérapeutique. Nous voulons parler de la *narcéine*, principe découvert en 1832 par Pelletier.

Les caractères chimiques de ce corps ne sont ici que d'une importance secondaire; nous pouvons donc nous borner à dire que la narcéine est blanche, inodore, d'une saveur légèrement amère et comme métallique; qu'elle cristallise en longues aiguilles déliées, et qu'elle se dissout dans 375 parties d'eau froide et dans 230 d'eau bouillante. Le principal intérêt qu'elle puisse nous offrir réside dans son action physiologique, dans ses effets thérapeutiques; c'est ce dont nous allons nous occuper.

Dès que ce nouvel alcaloïde eût été signalé dans l'opium, immédiatement on l'expérimenta sur les animaux. Comment s'est-il fait qu'un principe jouissant de propriétés aussi énergiques ait été tout d'abord jugé comme une substance complétement inerte ? Ce fait, qui semble incompréhensible, tient au défaut de soin des expérimentateurs, qui trop souvent négligent de s'assurer de la pureté du produit qu'ils ont à expérimenter.

Magendie dit dans son Formulaire pour l'emploi des médicaments nouveaux : « Injectée plusieurs fois, à la dose de deux grains, dans la veine jugulaire de chiens, cette substance m'a paru sans activité appréciable. »

Orfila formule un semblable jugement dans son *Traité de toxicologie :* « La narcéine et la méconine ne paraissent pas douées de propriétés vénéneuses, car j'ai injecté *impunément* dans la veine jugulaire de chiens de moyenne taille quatre grains de méconine dissoute dans l'eau, autant de narcéine dissoute dans le même liquide, et une pareille dose de cette dernière en dissolution dans de l'acide sulfurique très-affaibli. »

Après de tels résultats, publiés par des expérimentateurs d'une autorité aussi considérable, tous les traités de thérapeutique et de matière médicale ont répété que la narcéine ne jouissait d'aucune action sur l'économie animale.

Cependant rien n'est moins fondé que ce jugement, et les propriétés physiologiques de cet alcaloïde n'ont pas échappé à tous les observateurs : témoin M. Ch. Lecomte, ancien préparateur de Magendie, qui, en 1852, vint lire à la Société de Biologie [1] le récit d'une expérience faite sur un chien de forte taille et qui ne laissait aucun doute sur la réalité de son action hypnotique. A la suite de l'injection dans la veine jugulaire de 10 centigrammes de narcéine dissous dans 10 grammes d'eau distillée, l'animal avait été pris d'un sommeil calme, avec ronflement. M. Lecomte fait remarquer, en rendant compte de ses observations, que la narcéine est loin d'influencer le cerveau de la même manière que les autres alcaloïdes de l'opium, puisque l'animal conservait assez d'intelligence pour chasser les insectes qui le tourmentaient. Il ajoute qu'elle agit sur la moelle vers la région lombaire, puisque les membres antérieurs n'avaient perdu ni leur sensibilité ni leur motilité, tandis que ces facultés étaient notablement diminuées dans les membres postérieurs.

M. Lecomte terminait sa note en annonçant qu'il se proposait de constater sur lui-même les effets de la narcéine, et qu'il présenterait prochainement des observations démontrant que cette substance méritait une place parmi les médicaments les plus précieux. Il est à regretter que ce projet n'ait pas été réalisé, car la thérapeutique serait depuis longtemps en possession d'un agent hypnotique de

---

[1] Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de Biologie, t. IV, 1re série, 1852.

plus, et le nombre, comme on sait, est loin d'en être considérable.

Au défaut de l'étude subjective promise et non faite par M. Lecomte, il n'y avait donc que l'expérience unique due au même observateur, qui présentât la narcéine comme douée de propriétés réelles, et il en eût fallu un plus grand nombre pour infirmer le jugement contraire porté par Magendie et par Orfila sur la valeur de cet alcaloïde. Aujourd'hui la lumière ne tardera pas à se produire à cet égard, car notre éminent physiologiste, M. Cl. Bernard, a fait cet hiver, au Collége de France, des expériences si nombreuses et si concluantes, que le doute ne saurait subsister plus longtemps.

Témoin des résultats obtenus par le savant professeur, je n'ai pas hésité à compléter son enseignement en étudiant sur moi-même les effets physiologiques de la narcéine ; car il est important de bien connaître ces effets chez l'homme, de savoir à quelle dose ils se produisent, à quelles indications ils paraissent susceptibles de répondre, avant d'introduire cet agent dans la thérapeutique, d'où, une fois qu'il y sera entré, je suis persuadé, pour ma part, qu'il ne disparaîtra plus.

La première chose dont je m'occupai, en vue de ces expériences dont je devais être le sujet, fut de choisir entre les divers échantillons de narcéine qui avaient servi aux recherches de M. Cl. Bernard. Je donnai la préférence à celui fourni par M. Guillemette. Cette narcéine avait été préparée par ce pharmacien distingué à l'occasion de notre dernière Exposition universelle des produits de l'industrie, et il n'était pas possible d'avoir une substance plus pure.

Je priai M. Guillemette de me faire un sirop ainsi formulé :

Narcéine............................	25 centigr.
Sirop simple.........................	500 grammes.
Acide acétique.......................	Q. S.

Quelques gouttes d'acide suffirent pour dissoudre l'alcaloïde, et j'obtins un sirop d'une parfaite limpidité. La quantité de narcéine était calculée de façon que chaque cuillerée à bouche (20 grammes) contînt 1 centigramme de l'agent médicamenteux.

Je débutai par une cuillerée à bouche de ce sirop, le soir en me couchant. Le lendemain même dose, c'est-à-dire 1 centigramme de narcéine, matin et soir ; le troisième jour, 1 centigramme le matin, 2 le soir ; le quatrième, 2 le matin, 2 le soir ; le cinquième, 2 le matin, 3 le soir ; les jours suivants j'ajoutai 1 centigramme ou une cuillerée, puis deux, à la dose du soir. Je restai dix jours à cette dernière dose quotidienne de 7 centigrammes.

Voici les effets que j'éprouvai de l'usage de ce médicament.

L'action hypnotique commença à se faire sentir alors seulement que la dose du soir avait atteint 3 centigrammes, et le sommeil fut d'autant plus profond, que la dose était plus considérable. D'après ce que nous avons éprouvé, le sommeil est toujours calme, jamais accompagné de rêves pénibles; le moindre bruit l'interrompt, mais on se rendort aussitôt; au réveil, il n'est pas suivi de cette pesanteur de tête qu'on observe après l'emploi de la morphine.

A la dose journalière de 7 centigrammes, prise en deux fois, matin et soir, comme nous l'avons noté tout à l'heure, les modifications du côté de l'appareil digestif furent peu prononcées. Pas d'augmentation de la soif; pas de dégoût pour les aliments; seulement un peu moins d'appétit; les digestions bonnes. Le seul inconvénient qui en résulta fut une constipation assez opiniâtre pendant la durée de l'expérimentation, seul effet de la narcéine, avec celui dont il sera question plus loin, qui lui soit commun avec la morphine. Cette absence d'agression sur l'estomac, que je viens de signaler, me paraît d'autant plus à noter que je ne puis faire usage d'extrait d'opium, à la même dose, sans éprouver de la gastralgie; pour échapper à cet effet, il faut que j'use d'un correctif, tandis qu'avec la narcéine, il ne s'est rien manifesté de semblable.

L'action de cet alcaloïde ne nous a pas paru plus prononcée sur les appareils des sécrétions. Cependant, en prenant 7 centigrammes en une seule fois, il nous est arrivé de voir survenir de la paresse de la vessie : l'émission de l'urine tardait à se faire, malgré l'intensité du besoin ressenti; c'est un autre point qu'ont de commun la narcéine et la morphine, qui, on le sait, provoque de la dysurie, et cela chez la femme comme chez l'homme, quoique moins marquée chez la première. — Du reste, la fonction de la vessie chez moi, ainsi que chez tous les gens de cabinet, laissant beaucoup à désirer, je réservai ce point de l'action de la narcéine et repris le médicament en deux doses.

La difficulté dans l'excrétion de l'urine doit être rapportée à l'action que ces deux substances, la morphine et la narcéine, exercent sur la partie inférieure de la moelle, puisque, chez les animaux soumis à l'action de l'une comme de l'autre, les membres antérieurs conservent leurs mouvements. Cependant si les membres postérieurs sont atteints dans leur sensibilité et leur motilité, ces deux principes de l'opium n'agissent pas toutefois sur les mêmes points du centre nerveux; car, chez les animaux auxquels on a injecté la morphine, ces membres sont roidis et allongés comme dans la tétanie, tandis que les animaux soumis à l'action de la narcéine tiennent

leurs membres légèrement fléchis. Ainsi, l'un des principes agirait plus spécialement sur les extenseurs et l'autre sur les fléchisseurs.

Mais revenons aux effets que nous avons observés sur nous-même pendant l'usage de la narcéine.

Les phénomènes que nous avons notés du côté de l'encéphale sont dignes d'être remarqués. Aucun trouble de la sensibilité générale ni spéciale : pas de prurit cutané comme après l'administration de la morphine ; pas de trouble de la vision ; pas de tintements d'oreilles. Tout semble se borner, du moins aux doses que nous avons employées, à une influence somnifère, le sommeil survenant avec les caractères que nous avons signalés plus haut, sans laisser à sa suite, ainsi que nous l'avons dit également, cette pesanteur de tête qui est caractéristique de l'action de la morphine, comme aussi, fait non moins digne d'attention, sans entraver les fonctions intellectuelles. Au réveil, l'intelligence est nette, et non-seulement l'influence de la dose prise la veille au soir a disparu, mais une nouvelle quantité ingérée le matin (nous n'avons pas dépassé 3 centigrammes) ne nuit pas au travail de la journée.

Quant au pouls et aux mouvements respiratoires, nous n'avons noté aucune action. Cependant la narcéine n'est pas sans avoir quelque influence sur la respiration : il se produit un effet calmant qui se traduit par une diminution remarquable de l'intensité et de la fréquence de la toux, effet thérapeutique que je m'étais proposé d'étudier en même temps que l'action physiologique, et dont j'ai bénéficié pendant le cours de mon expérimentation.

Affecté d'une bronchite chronique des plus tenaces, avec toux incessante et expectoration abondante, j'étais dans les conditions pathologiques les plus propres à m'assurer de l'énergie de l'action calmante de la narcéine, si elle était douée d'une action de ce genre. Or, le premier septénaire de l'usage de cet alcaloïde, à la dose que j'ai indiquée, m'a suffi pour me convaincre qu'il n'agit pas sur ces symptômes d'une manière moins efficace que la morphine. La toux céda très-rapidement, et l'expectoration non-seulement diminua, mais encore fut modifiée dans ses caractères : elle devint muqueuse.

Le simple récit, qui précède, des phénomènes que nous avons observés sur nous-même pendant que nous expérimentions la narcéine, phénomènes que nous avons pris soin de rapprocher de quelques-uns de ceux produits par la morphine, suffirait, ce nous semble, pour montrer que cet alcaloïde de l'opium, jusqu'ici négligé, est destiné à prendre un rang honorable dans la matière médicale. Mais,

pour plus de garantie, nous avons cru devoir provoquer de nouveaux essais. Notre savant collaborateur M. Béhier, qui use beaucoup de la morphine dans le traitement de ses phthisiques, a bien voulu, à notre prière, expérimenter à son tour la narcéine. On va lire ci-dessous la note qu'il nous a remise et dans laquelle il rend compte des résultats qu'il a obtenus; ces résultats font voir combien est remarquable la modification exercée par ce nouveau médicament sur la toux, ainsi que sur la nature et la quantité de la sécrétion bronchique, et confirment nos observations relativement à l'influence sur l'excrétion de l'urine.

De cette première expérimentation sur l'homme nous tirerons les conclusions suivantes :

1° La narcéine doit être désormais ajoutée à la liste des alcaloïdes de l'opium dont la thérapeutique tire des avantages si marqués, la morphine et la codéine;

2° Les propriétés calmantes et hypnotiques de la narcéine sont supérieures à celles de la codéine; elles égalent presque celles de la morphine;

3° La narcéine présente sur cette dernière l'avantage d'agir sans congestionner le cerveau, de sorte que le sommeil est plus léger; en outre, il n'est jamais accompagné de rêves pénibles;

4° L'action de la narcéine sur l'appareil digestif nous a paru moins énergique que celle de la morphine; les vomissements sont moins fréquents, la constipation moins intense;

5° L'inconvénient le plus réel de son usage, lorsqu'on atteint et dépasse la dose de 5 centigrammes, est l'influence qu'il peut alors exercer sur l'excrétion urinaire; la possibilité de cet accident devra réclamer quelques précautions, lorsqu'on prescrira la narcéine aux sujets affectés de maladies de la vessie. Nous espérons pouvoir prochainement signaler un moyen très-simple de prévenir cette action fâcheuse sur la vessie. DEBOUT.

Contribution à l'histoire clinique de la narcéine.

J'ai, d'après l'invitation de mon excellent ami M. le docteur Debout, employé la narcéine sur plusieurs malades de mon service. La présente note n'est que le résumé de ces diverses observations. La narcéine qu'il avait bien voulu mettre à ma disposition était d'une pureté éprouvée, et lui avait été fournie, la première quantité par M. Guillemette, la seconde par M. Ménier. Aucune différence n'a été notée entre les effets de la narcéine de la pre-

mière provenance et celle de la seconde. La pureté du médicament était égale.

Commencées le 20 juillet 1864, ces expériences ont été cessées le 18 août. Seize malades ont été soumis à l'emploi de ce moyen ; mais, chez deux, l'expérience n'a pas été continuée, parce que de ces deux malades l'un m'a paru très-peu intelligent, et que, de plus, parlant mal français, cela gênait notablement pour l'appréciation des nuances que les effets du médicament pouvaient présenter. L'autre m'a semblé, au contraire, beaucoup trop rusé et trop peu vrai dans ses réponses. Je suis arrivé par exemple, à lui faire accuser et nier à mon gré des effets tellement impossibles à la suite de l'administration du médicament, que j'ai dû laisser là cet homme livré à son imagination ou à son mensonge.

J'ai pris soin de bien m'assurer, cela est élémentaire, que le médicament était pris exactement par chaque individu ; du reste les détails de ces précautions viendront plus loin.

Sur les quatorze malades chez lesquels l'expérimentation de la narcéine a été suivie, douze étaient atteints de tubercules pulmonaires, arrivés au deuxième degré chez dix d'entre eux, et au troisième degré chez les deux autres. Les deux qui n'étaient pas tuberculeux étaient atteints, l'un d'une diarrhée qui durait depuis trois mois environ, l'autre était une femme portant une tumeur abdominale que j'ai dû rapporter à un kyste de l'ovaire gauche, et qui présentait des symptômes de péritonite localisée.

Le médicament, sauf deux cas, a été employé sous forme de pilules ; les deux autres fois, il a servi à faire des injections sous-cutanées, la solution ainsi injectée étant au centième, 30 centigrammes de narcéine pour 30 grammes de véhicule.

Voici les effets que j'ai constatés. Dès les premières doses 0,02 ou 0,03 centigrammes administrés la nuit en trois pilules, à deux heures l'une de l'autre, les malades ont accusé une amélioration réelle dans la toux et une diminution de la quantité des matières expectorées. Les doses du médicament poussées plus loin, car je les ai portées par augmentations assez brusques jusqu'à 0,15, même 0,20 centigrammes, ont amené une diminution encore plus considérable de la toux et de l'expectoration. Chez trois malades notamment (n°s 22, 25, 49, salle Saint-Paul), le crachoir qui, dans les vingt-quatre heures, était, avant l'expérience, plein aux deux tiers au moins de matières expectorées, n'était plus rempli qu'au sixième à peine. Chez l'un d'eux même (n° 49, salle Saint-Paul), le jour où ces expériences ont été cessées (18 août), on n'a plus trouvé que

huit à dix crachats nummulaires nageant dans une salive assez claire et non mousseuse.

Je n'ai vu chez aucun des malades aucune autre amélioration saisissable des phénomènes locaux qu'un peu de diminution des râles bronchiques, ce qui explique l'apaisement de la toux; mais rien n'a été changé du côté des signes stéthoscopiques liés à l'affection tuberculeuse.

Quant à l'état général, il a été constamment amélioré. C'est surtout un sentiment de bien-être que les malades ont accusé. Dès la dose de 0,03 centigrammes, cet effet était notable. Les doses de 0,05, 0,08, 0,012, 0,014 centigrammes donnaient cette sensation dans toute sa plénitude. Une seule des femmes qui ont pris le médicament, et à doses bien moins élevées, 0,10, s'est sentie un peu absorbée au réveil. Mais les malades femmes seront examinées à part un peu plus loin.

Ceux des individus qui sont arrivés aux doses 0,10, 0,12 et 0,14 centigrammes sont un tuberculeux atteint de diarrhée, et le malade dont j'ai parlé plus haut, qui, depuis trois mois, éprouvait une diarrhée qu'il avait négligé de soigner et pour la curation de laquelle il entra à la Pitié. 0,08 centigrammes de narcéine en quatre pilules, administrés pendant deux jours, firent cesser le symptôme. J'avais eu soin d'attendre quatre jours avant de commencer l'usage de la narcéine pour voir si un régime convenable et le repos ne suffiraient pas à modifier la maladie. Mais il fallait que cet homme se crût soigné, aussi lui prescrivis-je par chaque jour huit pilules de mie de pain, aussi bien préparées que les pilules de narcéine que je voulais lui administrer plus tard et argentées comme elles. Le repos, le régime ne modifiant en rien la diarrhée, huit pilules, chacune d'un centigramme de narcéine, furent substituées aux pilules de mie de pain, sans que le malade, ni aucun de ceux qui m'entouraient, fût prévenu du changement ; la diarrhée fut arrêtée le second jour. La dose, comme je l'ai dit, fut élevée à 0,12 et 0,14 centigrammes ; le malade, qui dormait d'un excellent sommeil, éprouva seulement, le second jour de l'emploi de cette dernière dose 0,14, une sécheresse de la bouche et un état pâteux de la langue, qui le poussèrent à boire trop copieusement, d'où le retour d'un peu de diarrhée (quatre selles dans les vingt-quatre heures, mais très-peu abondantes et surtout ayant lieu sans malaise, sans coliques). Même à cette dose de 0,14 centigrammes, cet homme ne sentait vers la tête aucune gêne, aucune lourdeur ; son réveil n'avait rien de pénible.

Chez tous les autres, cette absence d'engourdissement, de malaise, de lourdeur de tête au réveil a été constamment notée, ce qui établit une différence considérable entre les préparations de narcéine et celles de morphine, et sous ce rapport il ne peut y avoir de doute pour moi. Voici, en effet, les diverses expériences comparatives auquelles je me suis livré.

Outre les pilules de mie de pain dont j'ai déjà parlé, je fis préparer des pilules contenant 0,01 centigramme de chlorhydrate de morphine, de tous points semblables, pour l'apparence extérieure, aux pilules de narcéine et aux pilules de mie de pain. Toutes étaient argentées de même et placées dans des boîtes semblables; seul j'avais connaissance des marques distinctives.

Voulant bien m'assurer, d'une part, que les malades prenaient exactement leurs pilules et, d'autre part, qu'ils ne répondaient pas avec complaisance à mes diverses questions, que je faisais toujours le plus indirectement qu'il m'était possible, je substituai à plusieurs reprises les pilules de mie de pain aux pilules de narcéine. Les malades chaque fois accusèrent la différence par leurs plaintes. Le sommeil avait été moins bon, la toux plus répétée, l'expectoration plus abondante. « Les pilules sont usées, » me disait l'un d'eux le matin de la seconde nuit, pendant laquelle il avait pris de la mie de pain au lieu de narcéine. La substitution de cette dernière subtance ramenait le calme et le bien-être. Cette expérimentation de contrôle, répétée à plusieurs reprises sur presque tous les malades, m'a démontré à la fois l'exactitude avec laquelle ils prenaient le médicament et la véracité de leurs récits touchant les phénomènes qu'ils accusaient.

Pour comparer l'effet de la morphine avec celui de la narcéine, j'ai employé une méthode semblable. Pendant un ou deux jours, j'ai substitué la mie de pain à la narcéine, afin que l'effet de celle-ci fut complétement épuisé, et au moment où les malades se plaignaient de n'être plus soulagés, j'ai remplacé, sans le leur dire, les pilules de mie de pain par celles de chlorhydrate de morphine, et alors j'ai vu, chez trois malades en particulier (n°s 25, 22, 49, salle Saint-Paul), les nausées se manifester, mais surtout un sentiment de lourdeur de tête, de faiblesse, de malaise au réveil. Chez un d'entre eux, 0,10 centigrammes de chlorhydrate de morphine (j'avais commencé quatre jours avant par 0,02 centigr.) déterminèrent, trois matins de suite, un malaise qu'il caractérisait par ces mots : « comme autant dire une envie de se trouver mal. » Un de ces malades fut même assez profondément narcotisé par 0,06 centigrammes de

chlorhydrate de morphine pris en six doses, la première administrée à neuf heures du soir, la dernière à sept heures du matin. Nous le trouvâmes à neuf heures pâle, couvert d'une sueur froide, engourdi, la pupille excessivement contractée. Quand on le tirait de ce sommeil, ce qui était très-facile, il accusait une douleur lourde dans le devant de la tête et de vives démangeaisons sur tout le corps. Je lui pratiquai dans la cuisse gauche une injection de quinze gouttes de solution de sulfate d'atropine au centième. Dix minutes après, il était en proie à un délire gai, du caractère le plus étrange, voyant à ses voisins des figures bizarres qu'il décrivait en riant, la pupille était dilatée, la peau chaude, le teint coloré. Je laissai aller cet état pendant dix à douze minutes et je lui administrai 0,10 de narcéine. Le calme renaissait peu d'instants après, et le malade s'endormait paisiblement.

Chez deux des individus si vivement éprouvés par les préparations de morphine, et notamment chez le n° 49, salle Saint-Paul, j'ai brusquement substitué la narcéine à la morphine, et j'ai augmenté sensiblement la dose en même temps. Ainsi, au lieu de 0,10 centigrammes de chlorhydrate de morphine, qui causaient de si pénibles sensations au réveil et qui déterminaient presque la syncope, j'ai donné d'emblée 0,16 centigrammes de narcéine. Le lendemain, le malade s'éveillait avec calme; il m'accusait un bien-être qui, disait-il, était bien agréable, au lieu de l'état du matin précédent. L'élévation de la dose de la narcéine à 0,18 et même à 0,20 centigrammes (0,02 centigrammes de plus par jour), ne changea rien à ce bien-être. La différence des deux influences me paraît bien démontrée par ces résultats, et il me semble hors de doute que la narcéine n'a produit chez ces malades aucun des effets pénibles que la morphine entraîne; partant, point de malaise, point de lourdeur de tête, point de tendance à la syncope comme avec cette dernière.

Chez trois femmes, il est un symptôme que j'ai vu se produire, et qui ne s'était montré chez aucun des hommes, même momentanément, je veux parler du vomissement. Chez deux de ces malades, toutes trois tuberculeuses, la narcéine fut donnée dans le but de calmer la toux et de procurer du sommeil. La dose fut 0,08 : le calme fut obtenu. Les pilules, de 0,02, avaient été échelonnées dans la nuit à deux ou trois heures d'intervalle l'une de l'autre. Chez les deux femmes, l'interruption du sommeil, le matin vers sept heures, détermina du malaise et un vomissement. Sur l'une des deux je continuai la narcéine, et sur la seconde, très-effrayée de cet état, soupçonnant quelque exagération créée par l'imagination, je prescrivis des

pilules de mie de pain. Les vomissements se répétèrent le lendemain matin seulement, au moment du réveil, chez la première (nº 19, salle Saint-Charles) ; chez la seconde (nº 39), qui n'avait pris que de la mie de pain, ils se reproduisirent dans la journée, et la malade voulut sortir et sortit en effet pour se soustraire à l'action violente de ces pilules. Je donnai alors des pilules de mie de pain à la malade du nº 19, salle Saint-Charles. Les vomissements n'eurent pas lieu ; ils reparurent le surlendemain par l'administration nouvelle de 0,08 centigrammes de narcéine (au lieu de 0,06 centigrammes qui les avaient provoqués d'abord) ; mais cependant, avec cette dernière dose (0,08 centigrammes), ils furent moins marqués, probablement à cause de l'accoutumance déjà obtenue par la malade.

Chez l'autre femme, tuberculeuse arrivée au troisième degré, je prescrivis la narcéine dans l'espoir d'arrêter la diarrhée abondante dont la malade était atteinte. La dose première fut de 0,10 en cinq pilules, données une toutes les trois heures : la diarrhée s'arrêta ; il y eut un vomissement le lendemain matin au réveil. La même dose, continuée, continua la suspension de la diarrhée ; un vomissement eut encore lieu le lendemain au réveil. Les pilules de mie de pain furent substituées à celles de narcéine : la diarrhée reparut, mais il n'y eut pas de vomissement. Le jour suivant, 0,08 centigrammes de narcéine, toujours administrés de la même façon, suspendirent la diarrhée ; mais le vomissement du lendemain matin reparut en même temps que la malade se sentit un peu absorbée, comme elle le disait. Chez ces deux femmes, car je ne dois pas tenir compte de l'observation de la malade du nº 39, salle Saint-Charles, les résultats sont donc, quant à la production du vomissement, très-différents de ce qu'ils ont été chez les hommes ; aucun d'entre eux n'a, en effet, manifesté rien de semblable. A quoi attribuer cette différence ? La faiblesse de ces femmes n'était-elle pas compensée par l'augmentation des doses qui étaient beaucoup plus considérables chez les hommes ? Il y a là à compléter ces expériences. Deux faits donnent trop de prise au hasard ; mais cessation de l'accident lors de la substitution de la substance inerte, retour du vomissement lorsque le médicament est repris, ce sont là des circonstances qui ne permettent guère le doute sur la réalité de l'influence qu'a eue la narcéine dans la production du symptôme.

Il en est un autre sur lequel je dois encore insister. Dès que chez les malades de la salle Saint-Paul, et notamment chez ceux des nºs 22, 25 et 49, la dose de la narcéine eut dépassé 0,03, tous accusèrent une difficulté marquée dans l'émission de l'urine. Ce n'était

pas de la douleur au passage du liquide, mais une impossibilité de satisfaire l'envie éprouvée. « Je suis obligé d'attendre que cela se décide, tout en ayant bien envie, » disait un d'entre eux pour rendre la sensation qu'il éprouvait. Ce symptôme a été relevé chez cinq malades, avec toutes les précautions possibles. La substitution de la mie de pain à la narcéine l'a fait cesser, et des doses de chlorhydrate de morphine, semblables à celles de narcéine qui avaient été employées, ne maintenaient pas la difficulté d'uriner, qui cessait pendant l'usage du sel de morphine. Nulle part le symptôme ne fut plus nettement accusé que chez la femme dont j'ai déjà parlé plus haut, et qui était atteinte de douleurs abdominales avec vomissements et mouvement fébrile, tous symptômes survenus à propos d'une tumeur volumineuse fluctuante qu'elle porte dans le côté gauche du ventre, et qui, indolente jusque-là, détermina brusquement ces phénomènes. Des injections sous-cutanées lui furent faites à l'épigastre avec vingt gouttes d'une solution de narcéine au centième : la douleur fut calmée pendant cinq heures, mais l'émission des urines fut tellement impossible, qu'il fallut sonder la malade. Nous quittâmes et nous reprîmes les injections sous-cutanées, qui allèrent jusqu'à la dose de trente gouttes, et toujours nous vîmes ces injections supprimer la douleur et arrêter les urines, lesquelles constamment furent rendues avec facilité, toutes les fois que les injections furent suspendues. Rien de semblable ne fut constaté chez un homme tuberculeux, atteint d'une de ces douleurs intercostales si fréquentes en semblable conjoncture. Deux injections sous-cutanées, de vingt-cinq gouttes chacune, suffirent à calmer la douleur, sans que rien ait été observé du côté de l'émission des urines. Du reste, cet effet de la narcéine sur la vessie ne m'étonna nullement, car j'avais été frappé en lisant la note de M. Lecomte, que j'ai retrouvée dans les procès-verbaux de la Société de biologie (t. IV, p. 30, 1852), que les chiens chez lesquels il avait injecté la narcéine avaient généralement rendu des matières fécales sans rendre de l'urine.

Si je résume les renseignements qui précèdent, on voit que :

1° La narcéine calme la toux, diminue l'expectoration chez les tuberculeux ;

2° Qu'en injections sous-cutanées, elle calme la douleur comme les autres préparations narcotiques et aux même doses ;

3° Qu'elle est beaucoup plus facile à manier que la morphine et que l'atropine, puisqu'elle ne cause d'ordinaire aucun trouble du côté de la tête, qu'elle ne détermine aucun malaise au réveil, aucune sensation pénible du côté du tube digestif, aucune tendance à la syn-

cope, contrairement à ce que produisent la morphine et les sels de cette base, et que le bien-être qu'elle laisse après elle est complet et accusé très-nettement par les malades ;

4° Que chez les femmes cependant elle peut déterminer le vomissement, au moment où le sommeil est interrompu ;

5° Enfin, qu'elle suspend notablement l'émission des urines, sans détruire ni modifier la sensation du besoin d'uriner.

Béhier.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

État de la question de la thoracentèse en 1864.

Par M. le docteur Marrotte, médecin de l'hôpital de la Pitié.

Portée devant l'Académie de médecine en 1836, la question de la thoracentèse a eu le privilége d'occuper à plusieurs reprises l'attention des médecins, et en particulier celle de la société médicale des hôpitaux. Cinq fois depuis 1849, l'opportunité de la ponction thoracique a été, dans le sein de cette société, le sujet de discussions, dont la plus longue et la plus importante a eu lieu cette année. Ce privilége, elle le doit, avant tout, à la fréquence relative des morts subites signalées à la suite de la pleurésie, et spécialement de la pleurésie dite latente.

Quel est aujourd'hui l'état de la question? Quels sont les points mis en lumière, encore controversés ou restés dans l'ombre depuis le rapport que j'ai eu l'honneur de lire à la société en 1854, c'est ce que je me propose d'examiner dans ces quelques pages.

On ne rencontre plus d'adversaires systématiques de la thoracentèse; mais il existe toujours deux camps. Les uns continuent à regarder la ponction comme une opération de nécessité, c'est-à-dire exceptionnelle et admissible seulement dans les cas où la mort est à craindre par le fait même de l'épanchement; les autres, sans en faire une des bases fondamentales du traitement de la pleurésie, comme on était tenté de le leur reprocher, veulent en étendre l'application à des cas où, sans être immédiatement nécessaire, elle peut assurer la guérison en prévenant les accidents graves, ou même la rendre plus prompte et plus facile.

La discussion de la Société médicale des hôpitaux s'est concentrée presque en entier sur la thoracentèse proprement dite et sur les épanchements séreux, je pourrais même dire sur les épanchements récents; car, à peu d'exceptions près, la ponction a

été rejetée du traitement des épanchements séreux chroniques. M. Woillez seul a dit un mot des épanchements purulents et des fistules pleuro-bronchiques. Encore paraît-il préférer dans le traitement des premiers, non pas l'empyème proprement dit, mais une méthode mixte, dont la ponction n'est en quelque sorte que le premier temps. Il a parlé enfin de certains épanchements séro-sanguinolents, dans lesquels la nature du liquide épanché n'a pas empêché la guérison.

Il n'a été question qu'incidemment des effets de la ponction en tant qu'opération, effets qui ont été tantôt niés, tantôt exagérés, selon les besoins de la cause.

Pour mettre, dans ce résumé critique, un ordre que ne comportait ni la diversité des points de vue et des esprits, ni les écarts inséparables d'une discussion orale, je suivrai à peu près la marche que j'avais adoptée dans mon rapport.

Après avoir dit un mot du procédé opératoire, j'examinerai :

1° Quels accidents incombent à la thoracentèse, en tant qu'opération.

2° Ce que les faits nous ont appris sur les morts subites dans la pleurésie, sur leur fréquence, leurs causes prochaines ou éloignées, et sur les moyens de les éviter.

3° Quelles sont les indications de la thoracentèse :

A. Dans les épanchements séreux aigus et chroniques.

B. Dans les épanchements séro-sanguinolents.

C. Dans les épanchements purulents.

Procédé opératoire. — Le meilleur procédé, celui que tout le monde paraît avoir adopté, est la ponction simple, exécutée avec la canule Reybard munie de baudruche; elle l'emporte sur tous les instruments plus ou moins perfectionnés qu'on a voulu lui substituer.

Lorsque M. le professeur Trousseau fit ses premières opérations, il conseillait : 1° d'attirer en haut la peau du thorax pour détruire le parallélisme de l'ouverture cutanée et de l'ouverture pleurale; 2° d'inciser la peau avec une lancette pour préparer la voie au trocart. Je ne sais s'il agit toujours de même; mais l'incision de la peau paraît avoir été abandonnée par presque tout le monde, car M. Hérard est le seul qui en ait parlé.

Cette incision cause une douleur inutile, détail important chez les enfants, les femmes et les malades pusillanimes; elle assure moins que la simple ponction contre l'introduction de l'air : les mailles de la peau simplement écartées ne sont pas susceptibles

d'être déchirées par les mouvements imprimés à la canule comme les fibres musculaires et la plèvre. Cette ouverture de la peau est un des inconvénients des canules plates. La ponction de la peau n'aurait d'utilité que dans un seul cas, celui où l'on voudrait établir une fistule à trajet oblique et sous-cutané pour préparer un écoulement continu à un épanchement purulent, sans permettre l'introduction de l'air. Une légère cautérisation, avec la pierre infernale, de la plaie sous-cutanée et du trajet parcouru par le trocart pourrait concourir à assurer ce résultat. On obtiendrait ainsi artificiellement ce que j'ai vu arriver spontanément après deux ou trois ponctions chez deux enfants atteints de pleurésie suppurée. La fistule donnait lieu à un écoulement purulent, quelquefois continu, le plus souvent intermittent et provoqué par la toux, les cris, les mouvements violents, sans que l'auscultation, la percussion et la succussion aient jamais dénoté la pénétration de l'air, sans que le pus se soit altéré chez celui qui a guéri ; il en a été de même chez celui qui a succombé, jusqu'au moment où s'est établie une fistule pleuro-pulmonaire.

Des accidents qui incombent à la thoracentèse en tant qu'opération. Ce point de la question n'a été touché que d'une manière incidente. Les partisans de la thoracentèse ont affirmé qu'elle n'avait jamais donné lieu au moindre accident entre leurs mains ; ses adversaires lui ont reproché de n'avoir pas été toujours étrangère à l'issue fâcheuse qui a suivi son emploi. Si la présence de tubercules, de cancer, si la pneumonie lobulaire, la péri et l'endocardite, l'hémorrhagie bronchique et pleurale ont été habituellement les causes réelles de la mort, il existe plusieurs faits dans lesquels l'opération n'a peut-être pas été étrangère au résultat fâcheux. Deux fois la mort est survenue dans les vingt-quatre heures, sans explication plausible ; deux autres fois, l'air a pénétré plus ou moins largement dans la plèvre, pénétration qui, pour être sans inconvénient dans certains cas, à la condition d'être minime, n'en est pas moins grave dans un plus grand nombre. J'ai vu un cas où elle ne m'a pas paru étrangère à l'exacerbation de l'inflammation et à la transformation purulente du liquide épanché. Chez une malade citée par notre collègue Ch. Bernard, une péritonite mortelle paraît avoir été provoquée par la blessure du diaphragme. J'ai été témoin d'un fait analogue. Suivant M. Woillez, plus d'une fois le poumon serait perforé par le trocart, et cette perforation passerait inaperçue à cause de sa ténuité et de sa guérison facile ; mais je vois là, avec la plupart de nos collègues, une simple assertion et non un fait

démontré. Les cas où l'on a observé le son tympanique après la thoracentèse ayant été recueillis avant les publications de Skoda, il est permis de douter de la valeur de ce phénomène comme signe de pneumothorax ; la succussion n'est d'ailleurs pas venu confirmer les présomptions de l'auscultation et de la percussion. La perforation du poumon aurait été réelle et aurait déterminé un pneumothorax dans un cas observé par Aran. On cite encore un cas de décollement de la plèvre, plusieurs observations où le trocart a repoussé des fausses membranes qui se sont opposées à l'issue du liquide, d'autres enfin où il a pénétré dans une couche pseudomembraneuse assez épaisse pour donner lieu à une matité étendue et à l'absence du bruit respiratoire.

Plusieurs de ces mécomptes peuvent être reprochés à l'opérateur plus qu'à l'opération, je l'accorde ; mais comme l'opération ne peut se faire sans l'opérateur, ils prouvent que la ponction du thorax ne doit être faite qu'à bon escient, c'est-à-dire après un diagnostic précis et avec les précautions nécessaires.

Quant aux autres conséquences de la thoracentèse, la syncope, la toux, la fluxion vers les organes thoraciques, fluxion se manifestant soit par des stries sanguinolentes mêlées aux crachats, par l'hémoptysie et l'apoplexie pulmonaire, par la reproduction rapide du liquide, par une exhalation sanguine de la plèvre, enfin, par le développement d'une pneumonie ou par l'exacerbation de la pleurésie primitive, il est à penser, d'après les faits observés depuis, que les accidents relatés dans les observations anciennes avaient été mal interprétés ou un peu exagérés ; car il n'en a pas été fait mention même par les adversaires de la thoracentèse. Les opérations que j'ai pratiquées depuis dix ans, m'autorisent à dire que je partage cette manière de voir, qu'ils sont sans importance et bien plus imputables, lorsqu'ils ont de l'intensité, à la nature même de la maladie qu'à l'opération. C'est ainsi que, selon M. Moutard-Martin, la transformation purulente du liquide ne s'observerait que lorsqu'il était louche à la première ponction. Le fait est à vérifier ; car, pour être habituellement sans gravité, le mouvement fluxionnaire créé vers la plèvre n'en est pas moins réel.

Cette innocuité de la thoracentèse est un des grands arguments des praticiens qui l'emploient facilement ; elle est pour moi une explication, je dirais presque une excuse, plutôt qu'une justification. Les accidents qu'on n'a pas observés dans une série de faits peuvent se présenter dans une autre. Le tact médical qui empêchera un praticien sagace et exercé d'aller jusqu'à l'abus, fera défaut à

un autre moins heureusement doué ou moins habile. C'est le cas de dire : *Ne quid nimis!* Toutes les fois qu'on emploie une médication, il faut avoir des raisons d'agir, et l'innocuité habituelle d'une opération n'en est pas une.

Des morts subites dans la pleurésie.—Les morts subites sont-elles plus fréquentes à la suite de la pleurésie qu'à la suite des autres maladies? Cette fréquence relative a été affirmée par des observateurs dont l'autorité est trop grande pour mettre leurs assertions en doute. Les fonctions troublées par les épanchements sont de nature à favoriser ce genre de mort. Mais sont-elles aussi fréquentes que le pensent et le disent surtout certaines personnes? Cette fréquence, si souvent mise en avant, ne ressemble-t-elle pas un peu à ces soldats qui, dans les théâtres, reparaissent plusieurs fois pour simuler une armée, et n'est-elle pas mise en avant pour justifier l'emploi habituel de la thoracentèse? Je ne nie pas la mort subite dans la pleurésie; mais je l'ai si rarement observée depuis les vingt ans de ma carrière nosocomiale, je vois si souvent reparaître les mêmes observations à l'appui de cette proposition, il est si facile de se laisser entraîner par de simples coïncidences, les faits se multiplient si vite lorsqu'on les cherche, que je voudrais voir la question directement étudiée d'une manière comparative dans toutes les maladies. Il y a quelques années, sept malades sont morts subitement tant chez moi que chez M. Gendrin, pendant la convalescence de la fièvre typhoïde et dans l'espace de quelques mois. Faudrait-il en conclure que la mort subite est fréquente dans la fièvre typhoïde?

Il y a, ensuite, à faire une distinction lorsqu'il s'agit des indications de la thoracentèse. Il y a les morts subites inattendues, telle a dû être celle qu'a produite une embolie de la saphène; puis les morts subites, précédées de conditions organiques qui les préparent, de symptômes graves et même d'une asphyxie prolongée qui les annoncent. Ces dernières ne doivent pas incomber à ceux qui restreignent l'emploi de la thoracentèse et en font une opération de nécessité, mais bien à ceux qui n'ont pas su saisir l'indication, comme nous le prouvons plus bas.

En 1854, la syncope passait pour la cause à peu près unique de ces terminaisons rapides et inattendues. On la regardait comme préparée par la gêne que l'épanchement apportait par son volume à la respiration et à la circulation, en refoulant le poumon, en déplaçant le cœur. Dans ces conditions défavorables un mouvement violent, la marche trop précipitée, une émotion morale suffisaient pour la déterminer.

De nouveaux faits ont démontré, que si la syncope donnait, seule, une explication plausible de la mort subite dans certain cas, et sans qu'on pût invoquer autre chose que la présence d'un épanchement excessif avec ou sans déplacement du cœur, la syncope s'expliquait beaucoup mieux, dans bon nombre de cas, par la coïncidence d'une affection du cœur, de la péricardite spécialement, complication fréquente de la pleurésie.

D'autres fois, une cause plus réelle de la mort se trouvait dans des caillots sanguins occupant les cavités du cœur ou l'artère pulmonaire, les uns développés sur place, les autres constituant de véritables embolies.

L'excès de l'épanchement n'a pu être accusé d'avoir favorisé la formation de ces caillots dans tous les cas, comme semblent l'insinuer les prôneurs de la thoracentèse anticipée ; car on en a observé dans des pleurésies dont l'épanchement était peu considérable, et, dans un cas, l'embolie venait de la saphène.

Selon moi, les épanchements excessifs ne prédisposent pas seulement à la formation des caillots par la gêne physique de la respiration et de la circulation. L'asphyxie lente, bien plus habituelle, bien plus insidieuse que l'asphyxie rapide, produit une altération profonde du sang, une désoxydation des globules, laquelle a pour conséquence une proportion relativement exagérée de la fibrine, que des travaux récents ont démontrée si favorable à la formation des caillots. Nous verrons qu'à ce titre, elle fournit une des indications les plus sérieuses de la thoracentèse.

Pour compléter ce que j'ai à dire sur les morts subites, j'ajouterai, conformément à la remarque de M. Goupil, qu'elles arrivent à une époque assez tardive pour que la crainte de cet événement n'autorise pas à faire prématurément la ponction de la plèvre, et qu'on observe longtemps à l'avance une succession et un ensemble de symptômes suffisants pour prémunir à temps contre leur danger.

Indications de la thoracentèse dans les épanchements séreux. — J'aurais passé sous silence les épanchements séreux dits excessifs, pour lesquels tout le monde s'accorde à regarder la thoracentèse comme étant d'une nécessité plus ou moins urgente, si l'on ne nous avait accusé à tort d'en avoir restreint les indications d'une façon fâcheuse par ses conséquences sur la pratique, si ceux qui nous adressaient ces reproches n'avaient pas pris pour un progrès ce qui n'était que l'observance inconsciente des règles que nous avions posées. Cette critique s'adresse aux observations lues à la Société

médicale des hôpitaux, par M. Archambaut, et qui ont été le point de départ de la discussion.

Dans la première de ces observations, il y avait déviation du cœur; il a opéré et il a bien fait. La déviation du cœur n'est-elle pas une condition organique que nous avons rencontrée dans les cas de mort subite qui étaient alors à notre connaissance. Un cas de mort avec déplacement du cœur, cité par M. Bourdon, la deuxième observation de M. Négrié, où le cœur était refoulé à droite, confirment malheureusement le précepte que nous avons donné d'agir dans les cas de cette espèce.

M. Archambaut s'est abstenu de pratiquer la thoracentèse dans sa deuxième observation, parce que le cœur n'était pas déplacé; quoiqu'il y eût trente-deux inspirations par minute, une dyspnée manifeste, de la cyanose, etc. Qu'il relise nos conclusions, et il verra que nous n'avons jamais fait du déplacement du cœur une condition indispensable de la paracentèse thoracique, lorsqu'elle est indiquée par d'autres symptômes.

La ponction est de nécessité, disions-nous, toutes les fois qu'il y a asphyxie imminente, *quels que soient les symptômes concomitants.*

Si la dyspnée et la gêne de la circulation ne sont pas considérables, mais qu'il y ait *déplacement notable des viscères,* et SURTOUT que le cœur soit rejeté au delà de la ligne médiane du sternum, la ponction n'est pas d'une nécessité *aussi immédiate;* mais en *tardant trop* à la pratiquer, le médecin *s'expose à voir* une émotion morale, un effort physique déterminer *inopinément* soit une syncope, soit une congestion pulmonaire, rapidement suivies de mort.

M. Archambaut, comme M. Négrié (OBS. Ire), a donc eu tort de ne pas vider la plèvre, en présence d'une gêne considérable de la respiration et de la circulation.

S'il y a asphyxie lente, ou asphyxie aiguë, comme dans les épanchements avec ascension rapide du liquide, s'il y a dyspnée perçue par le malade ou par le médecin seul, si la circulation est gênée, si le pouls est inégal, irrégulier, intermittent, s'il y a déjà eu syncope ou imminence de syncope, opérez, lors même qu'il n'y aurait pas de déplacement du cœur. C'est ce que nous avons toujours dit et ce que nous disons encore. Je ferai toutefois une réflexion relativement à la dyspnée. Un épanchement peut se faire rapidement, sans remplir la poitrine et déterminer une dyspnée que j'appellerai volontiers nerveuse, sans compromettre la vie; le poumon, un moment surpris, ne tarde pas à s'accoutumer aux nouvelles conditions

qui lui sont faites ; l'indication pathologique prime alors l'indication physique.

Nous verrons plus bas ceux qui étendent plus loin le cercle de la thoracentèse, se rapprocher toujours plus ou moins des conditions qui nécessitent cette opération. Ils agissent, parce qu'ils entrevoient ou qu'ils craignent le même danger.

Cet incident vidé, je reprends la question au point où l'a laissée la Société médicale des hôpitaux.

Personne n'a eu la pensée de faire entrer la thoracentèse dans le traitement habituel et régulier de la pleurésie. Ceux-là même qui sont disposés à en user libéralement ont repoussé cette accusation. Ils l'ont exclue du traitement de la pleurésie aiguë franche, dans laquelle l'inflammation est l'élément principal et s'accompagne de produits plastiques en quantité assez notable pour assurer une résorption prompte, une organisation certaine, délaissant ainsi la voie ouverte par M. Nonat. Tout le monde s'est accordé pour réserver la thoracentèse aux pleurésies dont l'épanchement est séreux ou presque entièrement séreux, qu'elles aient été accompagnées ou non au début d'un léger mouvement fébrile ou de symptômes peu accusés d'inflammation locale. Il est évident qu'entre ces deux types extrêmes, il y a des cas intermédiaires qui ressortissent d'autant plus de la thoracentèse qu'ils se rapprochent davantage de la pleurésie dite latente. L'abondance de l'épanchement est encore une condition jugée nécessaire d'une façon à peu près unanime ; pour certains praticiens, elle constitue une indication suffisante de la thoracentèse; pour d'autres, elle doit être portée à certain degré, déterminer certains symptômes pour qu'il soit indiqué de vider la poitrine. Enfin, tandis que quelques-uns appliquent la thoracentèse aux épanchements récents et à certains épanchements chroniques, d'autres la regardent comme inutile et même nuisible. Dans cette seconde catégorie, nous verrons si la vérité n'est pas entre ces deux opinions extrêmes.

Examinons donc quelles sont les indications de la thoracentèse : 1° dans les épanchements séreux aigus; 2° dans les épanchements séreux chroniques. Puis nous dirons quelques mots des épanchements séro-sanguinolents.

Epanchements séreux aigus. — La plupart des membres qui ont pris part à la discussion sur la thoracentèse, à la Société médicale des hôpitaux, ont substitué la dénomination d'épanchements récents à celle dépanchements aigus. Nous croyons que cette substitution n'est pas heureuse ; elle les a conduits à des règles de con-

duite que je ne comprends pas, pour ma part. C'est ainsi que les uns ont recommandé de ponctionner la plèvre du septième au onzième jour, cette époque étant, selon eux, la plus favorable au succès de la thoracentèse ; d'autres veulent qu'on n'opère pas avant le quinzième et même le vingtième jour. Poser ainsi des chiffres absolus, c'est oublier que toutes les pleurésies ne parcourent pas leurs périodes dans la même espace de temps, que leur acuïté, leur évolution, leur état stationnaire sont soumis à des conditions multiples qui varient pour chacune d'elles, c'est oublier que l'opération n'enlève pas la cause qui a produit l'épanchement ou qui l'entretient, et qu'elle ne peut remplir à elle seule toutes les indications que son traitement réclame en dehors de l'indication physique. Cela est si vrai, que M. Béhier, un des partisans de la ponction faite de bonne heure, après avoir indiqué l'intervalle du neuvième au onzième jour comme la plus favorable à la ponction, reconnaît l'impossibilité de fixer avec précision le moment d'opérer : « Quel délai fixez-vous ; quel jour choisissez-vous ? On ne peut rien préciser à cet égard, répond-il, car les indications varient selon les malades et selon les symptômes qu'ils présentent. »

Je me suis toujours attaché, pour ma part, à trouver dans la maladie elle-même les signes indicateurs, et à ne pas prendre pour guides des aperçus généraux ou des moyennes arbitraires. Hors les cas de nécessité, c'est-à-dire de mort possible et surtout probable, je comprends difficilement qu'on puisse, dès le septième ou onzième jour, asseoir un jugement assez certain sur l'issue d'un épanchement, cet épanchement fût-il séreux et symptomatique d'une pleurésie latente, pour affirmer qu'il ne cédera pas aux moyens médicaux, et qu'il faut lui appliquer la thoracentèse. Un certain nombre d'opérations pratiquées à cette époque auraient certainement pu être évitées.

L'orgasme inflammatoire, disais-je dans mon rapport, est une contre-indication de l'opération; si les accidents sont assez pressants pour ne pas permettre d'attendre, la ponction pourra bien procurer un soulagement momentané, mais elle n'empêchera pas la reproduction du liquide. Les allégations contraires ne m'ont pas paru atténuer cette vérité pathologique, et je persiste à croire qu'il faut plus en tenir compte que du nombre de jours écoulés depuis le commencement de la maladie.

Si presque tout le monde est disposé, aujourd'hui, à nous accorder que la thoracentèse n'est ni nécessaire ni même utile dans les épanchements séreux récents, tant qu'ils ont des proportions ordi-

naires, quelques-uns de ses partisans soutiennent qu'elle peut avoir son utilité, lorsque ces épanchements, sans compromettre la vie par leur quantité excessive, ont cependant acquis un volume considérable, et cela en abrégeant la guérison, en soustrayant le malade aux ennuis et aux douleurs de la médication ordinaire, en prévenant ces adhérences solides qui s'opposent à une dilatation ultérieure du poumon.

Lorsque j'écrivais mon rapport, les faits de thoracentèse étaient encore peu nombreux, mon expérience personnelle était presque nulle, et quelques personnes ardentes la prodiguaient sans distinction dans la plupart des pleurésies; aussi m'étais-je rangé sans hésiter parmi ceux qui ne conseillaient la thoracentèse que dans les cas où elle était nécessaire. Je n'ai pas changé, quant au fond, depuis cette époque; je ne la regarde pas encore, ainsi que mon collègue Hérard, comme présentant de grands avantages sur les autres traitements de la pleurésie. Les exemples de pleurésies amendées par la thoracentèse, sans que l'épanchement fût très-abondant, ne m'ont pas convaincu; la dyspnée, le mouvement fébrile ont cédé, dit-on, comme par enchantement, après la ponction. Je crois à ces résultats. Il y a d'autres inflammations séreuses, celles de la tunique vaginale, de l'œil, où l'évacuation de la sérosité a été proposée comme un moyen antiphlogistique. Mais, jusqu'à ce que des faits plus nombreux, plus péremptoires, mieux étudiés en un mot, viennent justifier cette pratique, je n'exposerai pas mes malades à des éventualités fâcheuses pour leur procurer des avantages incertains.

Je dois dire, toutefois, pour être vrai, que j'ai rencontré quelques cas où elle m'a paru, en effet, abréger la guérison, soustraire le malade aux ennuis et aux douleurs du traitement médical, prévenir même le rétrécissement de la poitrine; en voici un exemple:

Un homme de quarante ans, braconnier, d'une constitution forte et vigoureuse, avait contracté, à l'affut, une de ces pleurésies indolentes, de ces hydrothorax aigus, sorte de sueurs de la plèvre, qui ne s'accompagnent au début d'aucun symptôme assez sérieux pour que le malade s'alite, et qui progressent lentement. Le début paraissait remonter à un mois; il n'y avait ni fièvre, ni insomnie, ni dyspnée, ni altération du pouls, l'appétit était conservé; mais l'épanchement remplissait le côté gauche de la poitrine, sans déviation notable du cœur. J'ai pensé que, dans ces conditions favorables, l'évacuation du liquide pouvait guérir promptement le malade. J'opérai, et, quarante-huit heures après, il eût été difficile à une oreille

exercée de trouver une différence notable entre les deux côtés. Le malade guérit sans reproduction du liquide. Des exemples analogues ont été cités à la Société médicale des hôpitaux; mais j'éprouve le regret de dire que, dans toute la discussion, les observateurs se sont plus préoccupés de citer des dates et des résultats, que d'étudier et de décrire les symptômes, les conditions pathologiques qui indiquent l'opération et en assurent le succès.

Pour apprécier les effets de la thoracentèse, disent ses partisans, il faut prendre pour terme de comparaison, non pas les exemples où on n'a guéri qu'en trente ou trente-cinq jours, mais ceux dans lesquels la guérison est immédiate et comme instantanée après l'évacuation du liquide. Mais n'est-on pas en droit de leur demander pourquoi ils ont opéré des malades qui semblent n'en avoir tiré aucun profit, et quelles sont les raisons qui les ont déterminés à ponctionner les autres? ont-ils pu prévoir ce résultat heureux et à quels signes?

Je crois, pour ma part, que si la thoracentèse est indiquée, hors le cas de nécessité, si elle a chance de guérir promptement, ce doit être dans les cas analogues à celui que j'ai cité, c'est-à-dire ayant eu primitivement ou ayant acquis par l'apaisement de l'inflammation les caractères d'un simple hydrothorax; et cela avec d'autant plus de certitude que les causes, les symptômes et la marche de la maladie feront supposer la prédominance de la sérosité sur les produits plastiques, en attendant, toutefois, sauf le cas d'urgence, que l'orgasme inflammatoire se soit apaisé.

Notre collègue Béhier ne s'éloigne pas beaucoup de notre manière de voir, lorsqu'il regarde la thoracentèse comme indiquée toutes les fois que l'épanchement très-abondant ne diminue pas promptement sous l'emploi des moyens ordinaires, à plus forte raison s'il augmente.

On peut rapprocher des épanchements très-abondants, quant à leurs effets sur la respiration et la circulation, les cas où le liquide étant seulement abondant, on trouve dans le poumon opposé une cause de gêne respiratoire, une bronchite, un certain degré d'œdème, etc. La pleurésie double, surtout compliquée de péricardite, comme dans l'exemple de M. Moutard-Martin, est dans le même cas. Nous admettons ici, comme M. Béhier, l'utilité et souvent même la nécessité de la thoracentèse; car la dyspnée, l'asphyxie aiguë ou lente sont les satellites assez habituels de ces complications, pour qu'il soit nécessaire de soulager la respiration et la circulation par tous les moyens possibles.

M. Béhier recommande encore d'évacuer le liquide, lorsque le sujet paraîtra trop délicat, trop faible pour pouvoir supporter le long travail de résorption d'un épanchement occupant complétement ou presque complétement un côté de la poitrine. Nous croyons qu'il faut y regarder à deux fois dans les cas de ce genre ; il faut mettre de son côté toutes les probabilités pour que l'épanchement ne se reproduise pas ; ces évacuations des cavités séreuses constituant des spoliations indirectes qui peuvent épuiser le malade et conduire au but que l'on veut éviter.

En y regardant de près, on voit que les médecins qui ne réduisent pas la thoracentèse à une opération de nécessité, élargissent un peu ses limites, mais ne s'en doutent pas tant qu'on le croirait. « Bien sincèrement, dit M. Béhier, si les quinze malades de M. Woillez ont présenté des épanchements qui diminuaient rapidement sous l'influence des moyens médicaux ordinaires, il n'a pas beaucoup à se réjouir de ne pas les avoir opérés ; sur de semblables malades, les personnes qui ont soutenu ici la thoracentèse auraient agi comme lui. » Il réserve la ponction pour les cas 1° où l'épanchement *très-abondant* ne diminue pas promptement sous l'emploi des moyens ordinaires, à plus forte raison s'il augmente ; 2° toutes les fois que, alors que l'épanchement étant seulement assez abondant, nous trouverons dans le poumon opposé une cause de gêne respiratoire, comme une bronchite, un certain degré d'œdème, etc., cas qui rentrent dans ceux prévus dans notre rapport de dyspnée réelle, d'asphyxie imminente, de cyanose, etc. (3e conclusion).

J'ai encore pu vérifier ce qu'avait avancé M. Béhier, savoir : que la présence des tubercules pulmonaires n'était pas une contre-indication absolue. J'ai ponctionné un malade portant des tubercules pulmonaires, ayant en même temps une ascite, parce qu'il suffoquait. Le liquide s'est reproduit en partie ; mais, en définitive, grâce à un traitement tonique, à l'huile de foie de morue, à une bonne nourriture et à des badigeonnages de teinture d'iode, l'épanchement de la plèvre et du péritoine ont disparu. Je l'ai guéri de ces affections symptomatiques, mais non de la diathèse, car l'année suivante il allait mourir d'une tuberculisation méningée dans le service de M. Béhier, suppléé alors par M. Laboulbène. Dans deux ou trois autres cas, la pleurésie et la tuberculisation ont suivi leur marche fatale.

J'ai obtenu un succès analogue chez un autre tuberculeux pulmonaire, mais celui-là n'avait qu'un épanchement considérable. Là se sont arrêtés mes succès.

Autant que j'en puis juger, les cas où la thoracentèse peut con-

courir à la guérison de la pleurésie chez les tuberculeux sont ceux où les tubercules sont indolents, stationnaires, ou à marche torpide; où la pleurésie, qu'elle soit symptomatique ou accidentelle, présente de même les caractères d'une phlegmasie latente, par son début, sa marche et ses symptômes. Dans les cas contraires, c'est-à-dire lorsque la phthisie et la pleurésie concomitante sont aiguës, la ponction n'est pas seulement inutile, mais elle hâte la transformation purulente de l'épanchement, comme dans l'exemple rapporté de M. Chauffard.

Epanchement séro-sanguinolent. — Le moment est venu de dire un mot des épanchements séro-sanguinolents.

La présence du sang dans un épanchement se rattache habituellement à l'existence du cancer ou des tubercules de la plèvre; aussi autorise-t-elle d'une manière générale à porter un pronostic défavorable, non-seulement quant à l'issue dernière de la maladie, mais quant au résultat immédiat de l'opération. Il y a cependant des exemples où la coloration rougeâtre du liquide n'a pas empêché la guérison d'avoir lieu, souvent même avec rapidité, comme M. Woillez en a cité; dans lesquels, par conséquent, on devait écarter toute idée de cancer ou de tubercules de la plèvre.

Pour être rares, ces cas favorables n'en sont pas moins importants à connaître. Indépendamment des autres circonstances de la maladie qui indiquent leur bénignité, ils se distinguent, je crois, des épanchements sanguinolents symptomatiques de lésions organiques, par la petite proportion du sang dans le liquide; les épanchements sanguins liés au cancer et aux tubercules sont, en général, plus colorés, la présence du sang y est moins douteuse, et vers la fin de l'écoulement il se rapproche plus ou moins du sang pur.

Epanchements séreux chroniques. — Les résultats de la thoracentèse paraissent avoir été généralement défavorables dans le traitement des épanchements séreux chroniques; aussi quelques observateurs la rejettent-ils, sans nier que des guérisons soient possibles. Ces guérisons existent, et M. Woillez en a cité des exemples; mais lorsqu'on se demande où commence la chronicité, quels sont les épanchements chroniques de nature à profiter de la ponction et à quels signes on peut les reconnaître, les documents font défaut. La chronicité a été le plus habituellement appréciée d'après la date de la maladie, plutôt que d'après sa marche et ses symptômes. On s'est demandé s'il était permis d'opérer un épanchement à trois ou à six mois, plutôt que de rechercher dans chaque cas particulier les conditions d'insuccès ou de réussite.

Si j'en juge d'après ce que j'ai lu et observé, il faut distinguer la pleurésie chronique, c'est-à-dire la maladie encore active, et qui aboutit si souvent soit à la tuberculisation, soit à la purulence, des épanchements séreux proprement dits, simples reliquats de maladie.

La pleurésie chronique proprement dite tombe, en effet, dans le domaine du traitement médical beaucoup plus que dans celui de la thoracentèse, et si elle est simple, c'est-à-dire entretenue par des causes accidentelles et qu'elle vienne à suppurer, c'est l'empyème et non la thoracentèse qui lui convient.

Des épanchements, reliquats de pleurésie, les uns ont succédé à des inflammations plus ou moins actives, s'accompagnant de productions plastiques qui ont dû s'organiser et enlacer le poumon dans des liens plus ou moins solides selon la durée du mal, et qui s'opposeront à la dilatation du poumon. Il est probable que la ponction échouera contre ceux-là, après deux, trois et surtout six mois; si, au contraire, l'histoire de la maladie fait supposer une hydropisie aiguë de la plèvre, ou une pleurésie latente franche, deux genres d'épanchements dans lesquels les produits plastiques sont peu abondants, il y a chance alors pour que le poumon se dilate par l'évacuation du liquide, malgré la durée déjà longue de l'épanchement.

Epanchements purulents. — M. Woillez est presque le seul qui en ait parlé. Il a fait à leur sujet deux remarques qui m'avaient frappé moi-même; c'est, d'une part, la facilité avec laquelle la pleurésie passe à la suppuration chez les enfants lorsqu'elle devient chronique, et d'autre part aussi, la fréquence des fistules pleuro-cutanées chez eux, à la suite des ponctions avec le trocart. On a vu, par deux exemples que j'ai cités au commencement de cet article, comment on pourrait essayer de transformer en méthode ce que le hasard a fait, et remplacer l'empyème proprement dit par une fistule sous-cutanée qui permettrait la sortie du pus, l'affaissement du foyer et la juxtaposition de ses parois, sans permettre l'introduction de l'air. Ce résultat, si on peut l'obtenir, serait bien préférable aux ponctions multiples, quoique celles-ci aient donné d'heureux résultats, il y a quelques années, entre les mains de Legroux, et récemment entre celles de M. Roger. Elle remplirait, en effet, une condition nécessaire à la guérison de toutes les collections purulentes et dont j'ai signalé la nécessité dans mon rapport, celle de fournir au pus un écoulement continu. Mais pourra-t-elle suppléer l'empyème, permettre comme lui la sortie des détritus organiques? sera-t-elle aussi facilement applicable chez l'adulte que chez l'enfant? C'est ce que l'expérience ultérieure apprendra.

De ce qui précède est-il permis de conclure que la question de la thoracentèse ait beaucoup progressé depuis dix ans? Son application s'est-elle étendue beaucoup au delà des limites que l'examen des faits nous avait conduit à lui tracer?

Quelques tentatives heureuses ont été faites, sans contredit, pour étendre la sphère utile de son action, et mon expérience personnelle est conforme, à cet égard, à celle de plusieurs de mes collègues; mais il me semble que ce sont là de simples jalons placés sur la route à parcourir, plutôt que des bornes millenaires propres à guider sûrement le praticien dans sa marche. Les indications ne sont pas encore posées d'une façon magistrale; cela tient, selon moi, à ce que, dans cette question, on ne s'est pas assez attaché à bien étudier, à bien déterminer le substratum de l'indication, c'est-à-dire l'état pathologique qui comporte ou qui repousse la ponction. On s'est plutôt occupé de constater d'une manière générale les succès ou les insuccès de la thoracentèse, que d'en rechercher les causes. De la discussion, en un mot, sont sortis beaucoup d'aperçus utiles, mais pas de règles certaines. Il serait à désirer qu'un travailleur plus jeune, profitant des matériaux acquis depuis dix ans, les soumît à un travail analytique semblable au mien, distinguât et classât les faits d'après leurs analogies et leurs différences, pour établir l'opportunité de la thoracentèse sur de nouvelles bases.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Sur la podophylline et son mode d'administration.

Par M. le docteur Blondeau, ancien chef de clinique de la Faculté.

Les médecins américains emploient, depuis longtemps, en thérapeutique, le *podophyllum peltatum,* plante de la famille des berbéridées, qui croît abondamment aux Etats-Unis, sur les bords des ruisseaux.

Ce médicament a été récemment introduit en Angleterre, et voici, en substance, ce que le *Companion to the British pharmacopœia,* publié à Londres en 1864, dit de ses propriétés pharmaceutiques.

Le *podophyllum peltatum* est un purgatif d'un effet certain et très-actif, qui remplace avantageusement le calomel dans les cas où l'on veut obtenir une purgation un peu vive et rapide.

On donne soit la poudre de racine à la dose de 20 grains

(1 gramme), soit la résine (que l'on appelle la *podophylline*) sous forme de pilules, à la dose de 1/4, de 1/2, et jusqu'à un grain (15,25 milligrammes à 5 centigrammes).

On associe généralement la poudre de racine à la poudre de jusquiame que l'on fait également entrer dans la composition des pilules de podophylline, en y ajoutant du savon médicinal.

Mettant à profit les faits observés par les médecins américains et par les médecins anglais, M. le professeur Trousseau a, de son côté, tenté l'expérience, et dans la nouvelle édition, actuellement sous presse, de sa *Clinique médicale*, il cite la podophylline parmi les remèdes à opposer à la constipation.

D'après les indications de mon illustre maître, j'ai, en plusieurs circonstances, prescrit ce remède, et les bons résultats que j'en ai obtenus m'ont paru assez évidents pour appeler l'attention des praticiens.

Ces bons résultats, j'ai été surtout à même de les constater chez une femme de trente-cinq à trente-six ans, à laquelle je donne habituellement des soins.

Cette femme est sujette depuis plusieurs années à une constipation opiniâtre qui, cédant momentanément sous l'influence des purgatifs, reparaissait bientôt après plus rebelle encore. La belladone, administrée suivant la formule adoptée par M. Trousseau, et donnée à la dose de une, deux et jusqu'à trois pilules renfermant chacune 0,01 centigrammes de poudre et 1 centigramme d'extrait, la belladone, associée à de petites quantités d'huile de ricin, restait sans effets sur l'accident que je cherchais à combattre, bien que l'usage de ce médicament, d'ordinaire si efficace, fût continué régulièrement pendant plusieurs jours de suite. Je donnai la *podophylline*. Pour la première fois, j'en prescrivis 0,01 centigramme sous forme de pilules, en même temps qu'une pilule contenant 0,01 centigramme de poudre de racine et 0,01 centigramme d'extrait de belladone. La malade prit ces pilules le soir, au moment de se coucher. Les résultats que j'en attendais ne s'étant pas produits le lendemain matin, je fis prendre une seconde pilule de podophylline de même dose; trois à quatre heures au plus après, la malade avait une garde-robe naturelle plus abondante qu'elle n'en avait jamais eue depuis longtemps.

Cette médication fut continuée de la même façon pendant plusieurs jours ; mais, si les mêmes effets étaient constants, constamment aussi, après la pilule du matin, la malade éprouvait du malaise et du mal de cœur.

Je lui prescrivis alors des pilules renfermant :

Podophylline........................	2 centigrammes.
Extrait de belladone..................	1 centigramme.
Poudre et racine de belladone..........	1 centigramme.

M. S. A. pour une pilule non argentée à prendre le soir, au moment de se mettre au lit. Depuis lors, la malade eut chaque matin une garde-robe naturelle, sans coliques ni malaise.

J'essayai encore de donner la podophylline seule; mais, chaque fois encore, le médicament déterminait du malaise, des coliques suivies d'évacuation diarrhéiques, tandis que lorsque je l'associai de nouveau et définitivement à la belladone, comme je viens de l'indiquer, il n'avait plus que les bons résultats que je signale à l'attention des lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique*.

Cigarettes pectorales au haschisch.

M. Lancelot, pharmacien à Châtillon-sur-Indre, propose la formule suivante :

Pr. Belladone.................................	0gr,30
Stramoine................................	0 15
Jusquiame................................	0 15
Phellandrium..............................	0 05
Extrait d'opium...........................	0 01
Cannabis indica...........................	0 10
Eau de laurier-cerise......................	Q. S.

Hachez les feuilles choisies sans les monder de leurs nervures, faites dissoudre l'extrait d'opium dans q. s. d'eau de laurier-cerise pour humecter la masse de feuilles; laissez macérer jusqu'à commencement de fermentation; faites sécher sur des claies à une douce chaleur, et faites des cigarettes contenant 1gr,50 de poudre grossière ainsi préparée.

L'activité plus grande de ces cigarettes, leur supériorité sur les autres préparations de cette espèce tient-elle à l'addition du cannabis ou au commencement de fermentation que je laisse développer? C'est ce que je ne puis affirmer, dit M. Lancelot.

Ce qu'il y a de certain, c'est que les médecins qui ont expérimenté ces cigarettes les préfèrent maintenant, et qu'un de mes clients, chez lequel les cigarettes pectorales préparées exactement d'après la formule de l'*Officine*, avaient été sans effet, a éprouvé un soulagement très-prompt avec les cigarettes préparées d'après la méthode ci-dessus.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Sur les propriétés anaphrodisiaques de l'arsenic.

L'attention des médecins a été appelée récemment, par M. le docteur Charcot, sur les propriétés anaphrodisiaques de l'arsenic.

Sans vouloir discuter l'origine des résultats qui se sont produits dans les faits cités par cet honorable et laborieux médecin, il est important, je crois, d'en apprécier la *portée*. Il s'agit, en effet, d'un médicament dont l'emploi a pris aujourd'hui beaucoup d'extension, un peu trop peut-être ; mais qui, en définitive, a une très-grande valeur en médecine.

La grande généralité des médecins le regardent comme un hyposthénisant, et je suis de ce nombre ; d'autres, au contraire, le considèrent comme un médicament essentiellement tonique et fortifiant ; de là son emploi conseillé dans le traitement de la scrofule.

Quoi qu'il en soit, si cet agent thérapeutique si répandu dans la nature, employé d'ailleurs en médecine contre les maladies de la peau, les gastralgies, les fièvres intermittentes, la syphilis, etc., devait conduire les malades à l'impuissance, il est évident que les médecins regarderaient à deux fois à en prescrire l'usage.

Depuis vingt-quatre ans, j'ai administré l'arsenic autant que qui que ce soit. J'ai fait une étude spéciale de ses effets thérapeutiques. Le premier, j'ai fait connaître la coloration spéciale grisâtre de la peau qu'il détermine dans certaines affections cutanées. J'ai établi quelles devaient être les doses médicamenteuses, qu'une administration antérieure, *mal exécutée* probablement, avait exagérées.

J'ai fait voir que la dose de 14 à 16 gouttes de solution de Fowler était la véritable dose médicamenteuse pour l'homme, 12 à 14 pour la femme, 8 à 10 pour la jeunesse, mais à la condition que la solution serait donnée à dose progressive depuis 2 gouttes le premier jour, en augmentant d'une seule goutte par chaque jour ou tous les deux jours suivant les malades, jusqu'à la dose la plus élevée, et continuant celle-ci pendant deux mois à deux mois et demi, si l'on veut assurer la guérison d'une affection cutanée.

J'ai repoussé de tous mes efforts cette habitude d'un grand nombre de médecins de préparer une solution arsenicale et d'en faire prendre matin et soir une cuillerée à café ou une cuillerée à bouche, suivant la formule employée, en continuant toujours à cette dose pendant un temps indéterminé. En effet, ce n'est guère qu'après trois semaines ou un mois que l'on obtient les effets de

l'arsenic à dose *médicamenteuse;* cette dose est trop forte pour être administrée tout d'abord, elle déterminerait des accidents. Il faut, en général, que l'estomac et les intestins s'habituent à des doses progressives d'arsenic pour en tolérer l'usage prolongé; de deux choses l'une, ou l'estomac supporte tout d'abord le médicament, c'est qu'alors la dose en est faible, et elle sera impuissante à guérir malgré son emploi prolongé; ou, au contraire, la dose est forte, et, dès le début du traitement, le médecin sera arrêté dans l'administration de l'arsenic. De là, l'utilité des doses ascendantes et progressives.

Dans ces conditions, je crois avoir quelques droits à apprécier à leur juste valeur les trois faits que M. Charcot a cités, dont l'un remonte à quarante ans peut-être et a été rapporté par M. Rayer, trois faits d'impuissance temporaire, d'une durée d'un an à dix-huit mois, constatés à la suite de l'administration de l'arsenic.

Je veux bien, d'ailleurs, rattacher ce résultat à l'action directe de ce médicament; mais je me demande si avec ces trois faits exceptionnels on peut attribuer à l'arsenic des propriétés anaphrodisiaques ?

Pour ma part, je n'ai jamais vu rien de semblable, mes collègues de l'hôpital Saint-Louis n'en ont jamais cité; et enfin tout récemment ma pratique en ville m'a donné un témoignage, si ce n'est du contraire, au moins de l'impuissance de l'arsenic à cet égard; je vais le raconter.

J'ai été appelé dans une nombreuse famille pour y donner des soins à une jeune personne de dix-sept ans, bien développée d'ailleurs, et dont les cheveux tombaient (dans cette famille la chevelure de toutes les femmes est abondante et très-belle). Il existait des pellicules de pityriasis, mais dans une proportion qui ne justifiait pas la perte des cheveux; de plus, un prurigo diffus du cuir chevelu, et quelques papules recouvertes d'épiderme disséminées çà et là, le tout relié à un état un peu ichthyosé des coudes et des genoux.

Les parents me signalaient dans la famille certaines conditions dartreuses et désiraient qu'il fût employé à l'égard de leur fille un traitement général qui pût, autant que possible, la préserver de toute atteinte pour l'avenir.

En présence d'une santé générale excellente d'ailleurs, j'instituai un traitement arsenical qui, au quinzième jour de son début, se traduisait par six gouttes, matin et soir, de solution de Fowler dans une tasse de tisane de chicorée sauvage, avec emploi simultané d'une eau ferrugineuse additionnée de vin pour boisson. Le traitement

dura en totalité trois mois sans aucune interruption, sans aucun accident, la santé générale se conservant bonne d'ailleurs, si ce n'est dans les derniers jours, où quelques phénomènes gastriques légers dénotaient qu'il y avait lieu de discontinuer la médication. Quant à la chute des cheveux, elle fut arrêtée; les cheveux ont repoussé et les phénomènes morbides du cuir chevelu ont disparu.

Quinze à dix-huit jours étaient écoulés depuis la cessation de tous ces soins, et ceux-ci avaient été donnés avec la plus grande exactitude, lorsque je reçus la visite d'une jeune dame de compagnie de la famille, nantie d'une lettre de la main de la jeune personne qui servait d'introduction; je commençai par annuler cette lettre, afin qu'il ne pût pas en rester de traces, et j'appris de cette jeune femme que la demoiselle que j'avais soignée, avait contracté de sa nourrice l'habitude de la masturbation; que depuis quatre ans elle avait rompu avec cette habitude, mais qu'elle était toujours incommodée par des excitations spontanées des parties génitales et qu'elle me priait de lui procurer des médicaments propres à les faire cesser; elle n'avait pas osé faire cet aveu à sa mère.

Ainsi un traitement arsenical de trois mois n'avait modifié en rien l'éréthisme génital! Or, si l'arsenic était un agent anaphrodisiaque, n'eût-il pas manifesté ses effets dans cette circonstance?

Je sais toutes les objections que l'on peut faire à une observation négative, mais je sais aussi celles que l'on pourrait faire lorsqu'il s'agit d'observations où des propriétés nouvelles d'un agent thérapeutique se révèlent trois fois dans un demi-siècle. A mes yeux, elles ne peuvent qu'éveiller l'attention des praticiens, et, sous ce rapport, M. Charcot a rendu un service à la science, en mettant à jour cette coincidence.

Suffisent-elles à arrêter les praticiens dans l'emploi de l'arsenic dans les cas qui réclament cette médication? Non, sans doute. Elles viendraient au plus à corroborer l'une des observations que j'ai faites dans l'administration de l'arsenic, à savoir: qu'au delà de deux mois à deux mois et demi l'arsenic bien administré ne peut plus rien contre la maladie dans le traitement de laquelle il a été mis en usage, et que parmi les contre-indications de sa prolongation au delà de ce délai, il y aurait lieu de craindre une influence anaphrodisiaque. Il en est de l'arsenic comme de tous les médicaments capables d'absorption. Il arrive un moment où la saturation se montre, et c'est alors que les accidents éclatent, si les doses sont de plus en plus fortes et si l'on ne sait pas s'arrêter. De même aussi, à l'instar du plomb et de quelques autres agents, on amène des phé-

nomènes d'empoisonnement lent qui ne décèlent leur présence que par des accidents légers, mais qui exercent leur influence sur toute l'économie.

Pour l'arsenic, par exemple, serait-ce une faiblesse générale qui se refléterait aussi bien sur les parties génitales que sur les autres organes ? Nous l'ignorons.

Quoi qu'il en soit, sachons gré à M. Charcot de sa publication. Ne soyons pas arrêtés dans l'administration prudente de l'arsenic par les faits qu'il a rapportés, mais ne prodiguons pas trop ce médicament, et surtout n'exagérons pas la durée de son emploi.

A. Devergie.

Note sur un nouveau collyre sec : la gélatine médicamenteuse

L'emploi du papier, comme intermédiaire pour l'application du sulfate d'atropine et des autres sels destinés à la confection des collyres, n'a pas tardé à être apprécié par le public médical français, dès que le *Bulletin de Thérapeutique* eut daigné enregistrer mes communications à cet égard. Malgré la commodité de ce moyen, il m'a semblé que quelque amélioration pouvait encore lui être apportée : ainsi d'arriver à substituer au papier un corps dont les propriétés n'exigeassent aucun nouvel attouchement de l'œil pour l'extraire de dessous les paupières, dès que son effet topique est produit.

Je n'ai ni le temps ni l'espace suffisant pour reproduire, même brièvement, les avantages attachés à l'introduction de l'atropine dans l'œil au moyen du papier-collyre. Je ne puis que renvoyer le lecteur à mes communications. Je dois cependant rappeler l'alarme éprouvée par quelques malades à la moindre tentative d'investigation dans leurs yeux, même dans le but d'en enlever le petit fragment de papier qui y a été introduit, et, en outre, l'ennui attaché quelquefois aux essais nécessaires pour aller le chercher sous la paupière supérieure, quand il s'y est engagé. Comme l'intermédiaire proposé aujourd'hui par nous en substitution du papier n'exige pas d'être retiré de l'espace sous-palpébral, le chirurgien épargnera souvent une perte de temps et ne sera pas obligé d'attendre l'effet qu'il se propose d'obtenir pour retirer ensuite le papier introduit. En outre, on peut apprendre au malade à s'appliquer lui-même le nouveau procédé, ce qui n'était pas le cas avec le premier.

Pour réaliser l'objet que je me proposais, je commençai à essayer

le pain à cacheter, mais cette matière est écailleuse quand elle est sèche, et, par contre, perd toute consistance, quand elle est humide, de telle sorte qu'elle n'est plus maniable après avoir été mouillée. Ajoutons que cette substance pâteuse introduite dans l'œil peut devenir excitante, si on ne l'enlève par le lavage.

J'emploie aujourd'hui la gélatine étendue en feuille, de l'épaisseur d'un fin papier à lettre, et imbibée d'une proportion définie de sulfate d'atropine ou de tout autre sel indiqué. Ce procédé conserve tous les avantages de la première méthode d'application, et *n'offre pas le désavantage d'exiger qu'on le retire de l'œil.* Le nouvel intermédiaire est promptement dissous par les larmes, et se comporte cependant d'une façon tout à fait satisfaisante. La dose ainsi employée, semblerait-il, est plus promptement absorbée que quand elle a été préalablement incorporée au tissu du papier, dont elle doit être dégagée, et c'est à cette circonstance que j'attribue la douleur éprouvée par quelques malades auxquels j'avais appliqué un trop grand carré de papier-gélatine atropiné.

Ils n'avaient point accusé de douleur, quand j'avais fait usage d'une petite dose, moindre que le petit carré. J'ai songé à avoir une surface divisée en petits carrés imprimés en vert sur la gélatine, pour y mesurer les doses et pour rendre la gélatine (naturellement transparente) plus visible quand on doit s'en servir, car, par la suite, on n'a pas à la rechercher.

J.-F. STREATFEILD. F. R. I. S.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité théorique et pratique des maladies des yeux, par M. L. WECKER, docteur en médecine des Facultés de Wurzbourg et de Paris, professeur particulier d'ophthalmologie.

Nous sommes en retard avec M. Wecker : l'ouvrage dont nous annonçons ici les deux premiers fascicules méritait un compte rendu plus empressé. Sans voir en lui un travail exempt de reproches, nous devons cependant une réelle reconnaissance à son auteur ; cette nouvelle étude sur les maladies de l'organe de la vue est en effet une production heureuse pour la France. Elle nous apporte le résumé des opinions, des découvertes, de la pratique allemande en matière oculaire, et s'il y a dans l'exposition qu'elle nous fait des points de science discutables, des théories encore incomplétement établies ou prématurément assises, disons cependant que l'ensemble

du tableau est riche et précieux, et digne de toute l'attention du public médical français.

Au point de vue théorique et pratique, le travail de M. Wecker est au fond le résumé de l'enseignement clinique le plus accrédité dans l'Allemagne du nord. Les écoles de Berlin en première ligne, de Wiesbaden ensuite, y sont fidèlement représentées ; et cela seul serait un titre à notre bon accueil.

M. Wecker a comblé, ou du moins est en train de combler, une lacune que nous signalons tous les jours, le vide qui sépare la France de l'Allemagne ophthalmologique ; il nous donne un ouvrage clinique allemand non pas traduit, mais écrit en français.

Nous ne connaissons encore de ce travail considérable que les articles *Conjonctive, Sclérotique, Cornée, Iris* et *Choroïde.* C'est à peine un tiers de l'ensemble.

Sur ce tiers cependant, il y a déjà moyen de se former une opinion. Disons d'abord que ce qui frappera les médecins français et nuira peut-être quelque temps, — nous disons seulement quelque temps, — au succès de l'ouvrage, c'est le but non pas anatomique précisément, mais exclusivement histologique. L'œil est étudié par l'école allemande, le microscope à la main. Or le microscope n'est pas en faveur absolue en France.

A cet égard, si nous croyons qu'en France on est un peu trop rebelle encore sur cet article, nous devrons avouer, d'autre part, qu'en Allemagne on fait jouer parfois un trop grand rôle à l'élément micrographique. Et qu'on n'entende pas ici que nous blâmions ou repoussions la recherche histologique, l'investigation micrographique même avec l'étendue et l'importance qu'on lui donne en Allemagne : non, ces études sont de bon aloi, et sont ou seront assurément utiles un jour. Mais quelquefois, le traité de M. Wecker en est un exemple, on tire trop tôt les conclusions. Pour justifier cette critique, je citerai les bases micrographiques données par M. Wecker à son excellent chapitre sur les granulations de la conjonctive. Nous demanderons à notre savant confrère s'il n'a pas été un peu loin dans cette analyse de la pathogénie des granulations. Les belles conceptions de Virchow, dont sa théorie est l'application immédiate, sont-elles, en fait, si incontestables que cela ? Et peut-on y prendre le point de départ d'un enchaînement aussi rigoureusement conduit ? Je crains qu'ici le microscope n'aille un peu trop vite, ou sinon lui, du moins les yeux de l'esprit, sinon l'oculaire de l'instrument, du moins l'oculaire du cerveau.

Et que M. Wecker ne voie pas là une protestation, — bien loin

de là. L'œil doit être, dans ses éléments anatomiques, étudié au microscope aussi bien sur le mort qu'il l'est sur le vivant. Ne l'examinons-nous pas aujourd'hui, dans les cliniques, au microscope? L'ophthalmoscope est-il autre chose? Nous ne saurions donc imaginer qu'un grossissement plus fort y devienne un mal. Nous nous mettons seulement en garde contre des conclusions trop rapides. Cela soit dit avec respect et même admiration pour la pathologie cellulaire de l'illustre maître de M. Wecker, l'ancien professeur de Wurzbourg.

En ouvrant le nouveau traité des maladies des yeux, que nos confrères s'attendent donc à des aspects absolument nouveaux pour eux dans cette étude. Qu'ils se représentent la division du travail appliqué à la recherche scientifique: micrographie, clinique, ophthalmoscopie, forment autant de branches poursuivies séparément et par des têtes séparées, pour — en style de palais, — les résultats particuliers en être ensuite rapprochés et combinés en commun. La clinique ophthalmologique allemande est en effet une résultante: celle de toutes ces forces primitivement indépendantes. Il ne faut pas rire de ce système; il est puissant, car chacun est ainsi encyclopédique autant qu'il convient, et spécialiste ou plutôt spécial et par conséquent maître de son sujet, autant qu'il le peut.

Le nouveau Traité théorique et pratique des maladies des yeux est donc à proprement parler une sorte d'introduction à l'étude analytique de tous les éléments moléculaires qui, dans l'œil, peuvent être atteints par la maladie. La première influence de l'école allemande s'était fait sentir en France, il y a une trentaine d'années, par la division des états pathologiques suivant les organes mêmes dont l'ensemble compose l'appareil oculaire. C'était l'époque de l'importation de l'école de Beer et de Frédéric Jaeger. Aujourd'hui un pas de plus est fait, le tissu élémentaire lui-même est appelé en cause et c'est sur lui que s'exerce l'induction pathologique. Il nous a bien paru, et c'était là l'objet de notre critique, que ce système avait fourni peut-être plus de conclusions qu'il n'était tout à fait logique d'en tirer. Cependant il ne faudrait pas étendre cette remarque trop loin et contester les avantages considérables apportés à la science par ces investigations nouvelles. L'exposition des altérations de la cornée examinées au point de vue histologique, jette le plus grand jour sur la pathogénie, et par suite sur le pronostic des pertes de transparence de cette membrane. Ce point si important de la pathologie oculaire arrêtera avantageusement le lecteur sur le chapitre y relatif dans l'ouvrage de M. Wecker,

chapitre que notre savant confrère peut opposer avec quelque sécurité aux critiques générales que plus haut nous venons de nous permettre à l'endroit du microscope et de ses applications à la pathologie.

Un des chapitres qui sera lu avec le plus de profit, c'est celui relatif aux affections internes de l'œil et en particulier à celles de la choroïde. On ne connaît encore que très-vaguement en France toutes les ressources qu'offre, dans la thérapeutique oculaire, ce procédé opératoire si longtemps l'effroi des chirurgiens et qui aujourd'hui est devenu entre les mains des Allemands d'une application si fréquente, nous voulons parler de l'iridectomie. Longtemps limitée à l'indication d'un passage artificiel à créer dans l'iris pour suppléer à une pupille oblitérée, l'iridectomie a aujourd'hui un rôle sinon plus important à remplir, du moins bien autrement vaste dans ses conséquences. L'ablation d'une portion d'iris, la chose est établie aujourd'hui, a pour constant effet le relâchement, le débridement de la coque oculaire ou du moins de la tunique interne, la membrane irido-choroïdienne. Appliquée d'abord à cette affection si étrange que caractérise l'excavation à bords abruptes de la papille optique, du glaucôme, l'iridectomie trouve des indications non moins positives dans toutes les circonstances où il est constant que la pression développée par les matières semi-fluides de l'œil est augmentée. L'histoire de presque toutes les affections de la choroïde et de l'iris présente des cas où ces circonstances se rencontrent. A ce point de vue seul, le chapitre des maladies choroïdiennes serait suffisamment intéressant, et nous en recommandons instamment la méditation au lecteur. Il importe qu'on se familiarise, dans notre pays, avec une pratique aussi inoffensive qu'elle est souvent fructueuse, et ici qu'on nous permette une remarque. Laissant de côté les préventions générales mais vagues, celles qui s'attachent simplement à une sorte de défiance contre les importations étrangères, ne nous occupons que de celles qui se fondent sur quelques insuccès constatés à la suite des premiers essais d'iridectomie tentés dans notre pays. Assurons-nous que, dans ces quelques cas, l'opération n'a pas été pratiquée, le plus souvent, soit en conformité avec les principes posés par ses auteurs, soit dans des conditions pathologiques permettant un espoir fondé de réussite.

Ainsi, pour le glaucôme par exemple, il est arrivé, et il devait arriver, que l'iridectomie, abordée avec une certaine et légitime défiance, n'a dès lors été appliquée qu'à des cas désespérés, à des

cas dans lesquels la vision était déjà et depuis longtemps, nous ne dirons pas compromise, mais perdue. Or, il ne s'agit pas là d'un procédé opératoire qu'il y ait purement et simplement à mettre en œuvre sur un iris quelconque, mais d'une méthode répondant à des indications déterminées. Parmi ces indications est la suivante : l'iridectomie ne rend pas la vue éteinte par un glaucôme ; diminuant la pression intra-oculaire, elle borne les effets secondaires à enrayer la marche d'une vue qui s'éteint ; en d'autres termes, elle arrête le mal dans ses progrès, il est rare qu'elle fasse rétrograder les progrès acquis. Etait-ce bien là ce que les premiers opérateurs français se proposaient ? Il nous est permis d'en douter : toute l'histoire de la méthode n'a pas passé la frontière avec la méthode elle-même, et dès lors, il n'y a rien de surprenant à ce que toutes les espérances conçues n'aient pas été immédiatement satisfaites.

Aujourd'hui, la pratique s'étend, les enseignements s'accumulent en France ; bien des voix sont déjà en droit de s'élever parmi nous et qui justifieraient l'usage presque banal que l'école allemande fait de cette manière de débrider les étranglements intérieurs de l'œil. L'Angleterre n'est pas moins fixée sur les avantages du procédé que ne l'est l'Allemagne, que nous ne commençons, en petit nombre il est vrai, à l'être en France.

Notre éducation à cet égard se fait chaque jour : attaquant les affections glaucomateuses dans leurs premières périodes, ou au moins avant que la vision soit perdue, sectionnant l'iris, suivant les prescriptions de l'illustre auteur de l'iridectomie, à ses attaches ciliaires elles-mêmes, nous obtenons aujourd'hui les mêmes succès que nos confrères d'outre-Rhin. Nous n'en sommes pas encore, il est vrai, arrivés à oser comme eux agir avant le danger déjà pressant et sur les données d'une symptomatologie réelle mais peu accusée : nous y viendrons sans doute, mais enfin nous n'y sommes pas encore. Quoi qu'il en soit, cette question ne comporte plus, en principe, ni point d'interrogation, ni *à fortiori* de défiance possible. Il n'y a plus qu'à l'étudier comme un fait scientifique désormais acquis dans son ensemble, et qu'il reste à explorer dans ses détails.

Nous renverrons donc pour cet objet les chercheurs au traité de M. Wecker ; ils y trouveront les indications qui appellent l'emploi de cette méthode héroïque, non-seulement dans le glaucôme, mais dans les choroïdites, les scléro-choroïdites, l'irido-choroïdite, et même dans quelques états de la chambre antérieure. Le second fascicule de M. Wecker est, à ce point de vue, des plus utiles à

méditer : c'est à tous égards un excellent et précieux travail. C'est l'école même de Graëfe, et, à notre sens, cette qualité dit tout.

Ce premier pas devient une obligation pour notre laborieux confrère ; il nous doit de ne pas trop faire attendre la suite et la terminaison de l'ouvrage commencé d'une façon aussi heureuse. Nous pouvons assurer à son travail une place distinguée dans la bibliothèque de tout ophthalmologiste, comme un guide bon à consulter fréquemment, et nous croyons que le médecin encyclopédiste n'aura pas moins de profit à en retirer par les vues nouvelles que sa lecture lui ouvrira sur le champ de l'ophthalmologie moderne.

— Au moment de mettre sous presse nous recevons le dernier fascicule comprenant la fin du premier volume de l'ouvrage dont nous venons d'entretenir nos lecteurs. Ce complément est consacré aux maladies des paupières, de l'orbite et des voies lacrymales. Ces sujets rentrent plus que ne le faisaient les précédents dans le domaine de la chirurgie courante, et devront être considérés par nous comme moins nouveaux que les premiers et moins immédiatement utiles à étudier. C'est pour ce motif, et en même temps pour ne point faire attendre plus longtemps le lecteur et l'auteur lui-même, que nous nous bornons à signaler ici l'apparition de ce nouveau fascicule, nous abstenant de porter sur son compte un jugement qui aujourd'hui ne pourrait être que téméraire. La terminaison de ce premier volume, le plus intéressant à consulter pour les praticiens non spéciaux (*general practitionners*), leur permettra dès aujourd'hui de juger le mérite de l'œuvre, n'ayant pas à attendre le second volume, plus particulièrement consacré à l'étude des parties profondes, lesquelles nécessitent l'emploi de l'ophthalmoscope, et au côté fonctionnel et physique de l'appareil optique qui ressortit presque exclusivement aux médecins qui se sont consacrés à ces études spéciales.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

De l'élimination des médicaments par la sueur, et de quelques-unes de ses altérations pathologiques. L'importance de l'étude des produits de l'excrétion au point de vue de l'élimination et de l'action des agents thérapeutiques est depuis longtemps démontrée ; il suffirait, pour en témoigner, de rappeler les nombreux travaux qui ont été entrepris, depuis Vohler, sur l'élimination des médicaments par l'excrétion urinaire. Bien que moins explorée que cette dernière, l'excrétion de la sueur a donné lieu cependant à des recherches dignes de fixer l'attention : Thénard et Berzélius au point de vue chimique, Anselmius au

point de vue pathologique, s'étaient déjà consacrés à cette étude, lorsque le docteur Favre entreprit sur ce sujet des investigations beaucoup plus complètes et plus précises, dont les résultats furent consignés dans les *Archives de médecine* de 1853. Malheureusement, ces recherches demeurèrent suspendues et n'ont pas été poursuivies : elles viennent d'être reprises par MM. C. Bergeron et C. Lemattre, internes des hôpitaux. Ces jeunes et distingués confrères, ayant eu à observer plus particulièrement les cas d'affections cutanées traitées simultanément par les bains de vapeur et les *arsenicaux* ou *mercuriaux*, ont recherché dans la sueur les traces d'arsenic ou de mercure qui pourraient être éliminés par cet émonctoire. De douze expériences réalisées avec le plus grand soin, et à l'aide d'appareils très-bien appropriés, il leur a été permis de déduire les conclusions suivantes, les unes relatives à l'élimination des médicaments par la sueur, les autres à la présence ou non dans celle-ci de l'albumine et du sucre, dans des cas d'albuminurie et de diabète : « 1° Les arsénites et les arséniates de potasse et de soude s'éliminent en nature à l'état d'arsénite et d'arséniate; 2° l'arséniate de fer se dédouble, le fer s'élimine par le rein et l'arsenic est décelé dans la sueur à l'état d'arséniate alcalin; 3° le protiodure de mercure s'élimine à l'état de bichlorure de mercure, on retrouve dans la sueur des traces de mercure, et l'iode est décelé dans la salive et dans l'urine à l'état d'iodure alcalin; 4° le bichlorure de mercure se retrouve sous le même état dans la sueur, on en retrouve aussi des traces dans l'urine. Dans deux cas d'albuminurie liée à une lésion rénale, l'albumine n'a pas été retrouvée dans la sueur. Une petite quantité de sueur recueillie chez un diabétique renfermait une grande quantité de sucre et précipitait *abondamment* la liqueur d'essai. Ces expériences ont besoin assurément d'être poursuivies et répétées, et nous voyons avec plaisir nos confrères s'y engager ; mais tels quels, les résultats qui précèdent n'en ont pas moins une réelle signification dans la thérapeutique des affections cutanées. » (*Archiv. gén. de méd.*, août 1864.)

De la benzine comme moyen de combattre l'infection trichinale. Tout le monde, même le monde extra-scientifique, connaît aujourd'hui cette maladie aussi terrible que singulière constituée par la présence dans l'économie d'une espèce de vers microscopiques appelés *trichines*, lesquels peuvent se multiplier à l'infini, envahir tout le système musculaire, et entraîner la mort. Seule, l'Allemagne a eu jusqu'à présent le triste privilége de cette infection parasitaire qui a sa source dans l'alimentation par la viande de porc; elle y a même régné épidémiquement, et ce n'est pas sans une certaine émotion qu'on lit les relations de ces singulières et toutes récentes épidémies. Les choses ont présenté une gravité suffisante pour que des mesures générales aient dû être prises, et que des instructions émanées de plumes aussi savantes que celle de Wirchow aient été répandues parmi le peuple. Dieu merci, nous sommes demeurés jusqu'ici à l'abri de ce fléau d'une nouvelle espèce; mais il n'est pas impossible que les trichines passent le Rhin. C'est d'ailleurs là une question à la fois médicale et humanitaire ; elle doit, à ce double titre, s'emparer de nos préoccupations. — Les prescriptions hygiéniques seules avaient été jusqu'à présent dirigées avec succès contre l'infection trichinale ; ce sont, à coup sûr, les meilleures, puisqu'elles sont destinées à prévenir la maladie ; mais une fois celle-ci déclarée, quels moyens lui opposer ? Toute tentative, à cet égard, était restée infructueuse ; voici que des expériences récentes de MM. Mosler, Weismann, Leuckart semblent permettre quelque espoir relativement à une solution satisfaisante de cette importante question de thérapeutique. M. Mosler, ayant produit l'infection trichinale sur un porc âgé de quatre mois, lui administra ensuite de la *benzine*, à dose croissante, depuis 2 grammes jusqu'à 32 grammes. Après que cette dernière dose eut été répétée plusieurs fois, l'animal succomba, quatre semaines après le début du traitement. Ses muscles furent trouvés farcis de trichines, mais elles paraissaient avoir toutes dans l'intérieur de leurs enveloppes un aspect trouble particulier, et elles n'exécutaient aucun mouvement, même quand on élevait la température du verre porte-objet du microscope. On fit ingérer de grandes quantités de la viande de ce porc à un lapin ; celui-ci mourut au bout de huit jours, et on ne rencontra chez lui que des trichines intestinales en très-petit nombre. Répétée par le docteur Weis-

mann, sous la direction du professeur Leuckart, cette expérience donna lieu à des résultats plus prononcés encore, car, sur plusieurs lapins infectés, il fut impossible de trouver une seule trichine ; il en fut de même sur des lapins mis pareillement en expérience par le docteur Marting. L'on est donc en droit de présumer que, dans les conditions et chez le porc dont il s'agit, la benzine avait détruit la plus grande partie des trichines. Bien qu'il soit encore impossible de baser sur ce résultat une véritable conduite thérapeutique, attendu que l'on n'est pas fixé sur les doses du médicament qu'il convient d'employer, son importance ne saurait être méconnue. Il était de notre droit, en raison surtout de la gravité du mal, d'appeler l'attention sur ce point; l'occasion ne s'offrira que trop de mettre à l'étude le moyen en question. (*Arch. für patholog. anatom.*, t. XXIX, 1864.)

De l'aniline comme anti-épileptique et anti-choréique. Outre qu'elles établissent de la manière la plus péremptoire la réalité de cette action thérapeutique, les deux observations suivantes nous apprennent les règles selon lesquelles on peut l'obtenir dans toute sa plénitude.

Obs. I. Une femme de vingt-huit ans, pellagreuse, ayant eu des accès de manie dus à cette diathèse, était devenue épileptique. M. Filiberti lui administra 5 centigrammes de sulfate d'aniline, à prendre dans les vingt-quatre heures, délayé dans 100 grammes d'eau, et en augmentant la dose de 5 centigrammes chaque jour. L'amélioration fut très-rapide; au bout de dix jours, il n'y avait presque plus de traces des accès. Mais le médicament ayant manqué à la pharmacie, ils reparurent. La reprise du même remède en fit de nouveau prompte justice. En huit jours, la maladie convulsive cessa, et, depuis trois mois, elle ne s'est pas reproduite.

Obs. II. Une fille de dix-neuf ans, bien portante jusque-là et bien réglée, avait eu, en mars 1863, une légère attaque de chorée dont elle fut traitée et guérie à la longue par l'oxyde de zinc et la valériane.

Cette année, au mois de mars, la maladie reprend avec plus de violence à la suite d'une immersion accidentelle dans l'eau froide. M. Filiberti donna 10 centigrammes de sulfate d'aniline par jour en deux doses, avec une augmentation quotidienne de 10 centigrammes.

Au bout de quatre jours, l'amélioration étant déjà évidente, le médecin ordinaire eut l'idée de substituer à l'aniline le laudanum de Sydenham. Les spasmes reprirent avec une telle force, que la malade battait involontairement de la tête contre les objets voisins. On lui rendit ses 60 centigrammes de sulfate d'aniline, puis on parvint jusqu'à 1 gramme. Diminuant alors dans les mêmes proportions qui avaient réglé l'augmentation, on continua finalement toute une semaine, à la dose minime de 20 centigrammes par jour. La malade fut complétement guérie en quarante jours. (*Gaz. del Assoc. med.* et *Gaz. méd. de Lyon*, août 1864.)

Usage topique du sulfure de carbone dans le traitement des névralgies. Contre les plus violentes douleurs, névralgies spasmodiques ou autres, le docteur Smith a recours avec un constant succès, dit-il, depuis huit ans, à l'emploi externe du mélange suivant :

Bisulfure de carbone.	30 gramm.
Teinture de camphre.	90 gramm.

M.

Une compresse imbibée de cette solution et appliquée sur le siége de la douleur, lors même qu'il s'agit de coliques hépatiques, biliaires, etc., les fait cesser après cinq minutes. Cette rapidité est la meilleure preuve de son action et de son avantage sur tous les autres calmants ou plutôt anesthésiques, car l'auteur ajoute qu'après avoir enlevé ce topique au moindre sentiment de brûlure, il convient de le réappliquer instantanément de temps à autre pour prévenir la réapparition de la douleur.

Cet agent, dont l'emploi médicinal est presque inusité en France, n'avait été préconisé jusqu'ici que comme stimulant. Aussi bien, dit M. Smith, il ranime la vitalité dans tous les cas de prostration, de faiblesse, de collapsus de l'organisme. On l'applique alors sur les articulations, aux poignets et sur la colonne vertébrale ou sur le trajet des nerfs douloureux. Il est alors probable qu'il faut en prolonger l'application.

Ce sont donc là deux indications différentes, opposées même, que l'innocuité de l'emploi externe permet de vérifier sans danger. (*Amer. med. Times* et *Union méd.*, juillet.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Quatre cas d'empoisonnement par l'application des feuilles de tabac sur la peau. Dans la séance du 11 juillet dernier, M. le docteur Namias a communiqué à l'Académie des sciences une note dans laquelle il raconte que « un contrebandier se couvrait, il y a quelques mois, toute la peau nue de feuilles de tabac, qu'il voulait soustraire au payement de l'impôt. Le tabac, mouillé par la sueur, excita un véritable empoisonnement qu'on a guéri moyennant les boissons alcooliques et le laudanum. » Après avoir dit que dans ce cas le tabac produisit la faiblesse extrême du pouls, sa petitesse, des sueurs froides, des défaillances, M. Namias ajoute : « Il n'y a pas, que je sache, un exemple pareil d'empoisonnement par les feuilles de tabac appliquées sur la peau. »

M. Gallavardin recherche si la littérature médicale ne rapporterait pas des faits analogues, et il en a trouvé trois relatés dans les journaux de médecine en 1801, en 1844 et en 1854. Les voici rappelés brièvement d'après leur ordre chronologique.

1° Tous les hussards d'un escadron s'étaient enveloppés le corps de feuilles de tabac, dans l'intention de frauder; et, quoique tous fussent de grands fumeurs, ils éprouvèrent néanmoins les symptômes suivants : maux de tête, vertiges, vomissements. (Von Hildenbrand, *Journal der praktischen Arzeneikunde und Wundarzneidkunst von Hufeland*, 1801, Bd XIII, cah. I, p. 151.)

2° A la suite de l'application externe des feuilles de tabac chez une femme de cinquante ans, on observa les phénomènes d'intoxication suivants : nausées, vomissements spasmodiques, hoquet, oppression et accès de suffocation, prostration excessive, froid aux extrémités, sueur froide et visqueuse, membres froids et grande fatigue, pouls lent et intermittent. (De Meyern, *Medicinische Zeitung von Verein fur Heilkunde in Preussen*, 1844, n° 8, p. 33.)

3° Des feuilles de tabac sèches enduites de miel ayant été appliquées sur les membres, chez un paysan de trente-sept ans, robuste, mais sujet au rhumatisme chronique, on observa les symptômes d'intoxication suivants : mal de tête, visage injecté, vertiges, tremblement des membres, nausées, vomissements, pouls petit et un peu accéléré. (Polk, *Preussen Vereins Zeitung*, 1854, p. 52.)

On a également observé des phénomènes d'intoxication :

1° Après l'application du jus de tabac sur un exanthème chronique du cou (*Landerer*) ;

2° Après l'application externe du tabac (*Truchsess*) ;

3° Par des frictions faites avec le résidu du tabac à fumer sur des parties dénudées de la peau (*Westrumb*);

4° Après l'application du suc de tabac sur un ulcère teigneux (*Walterhall*) ;

5° Après l'application du tabac en poudre sur une plaie de la cuisse (*Keskring*) ;

6° Après l'application d'un liniment de beurre et de tabac sur la tête de trois enfants teigneux (*Keskring*) ;

7° Après l'enveloppement des bras, des mains, des cuisses et des jarrets avec des linges trempés dans une forte décoction de tabac très-chaude. (*Marrigues.*)

D'après les observations précédentes, on doit conclure que le tabac, appliqué sur la peau dénudée ou non, peut produire des symptômes d'intoxication analogues à ceux qu'on observe chez les personnes qui l'absorbent par d'autres voies. (*Compte rendu de l'Acad. des sc.*, août.)

De la rage considérée comme maladie se développant spontanément chez l'homme sous la forme de délire aigu fébrile. M. Girard de Cailleux lit les conclusions d'un mémoire sur ce sujet. De tous les faits exposés ci-dessus, dit-il, qu'il me soit permis de conclure :

1° S'il est vrai que la rage est une maladie virulente transmissible par voie d'inoculation des animaux à l'homme, il n'est pas moins vrai que la rage peut se développer et se développe. plus souvent qu'on ne pense, spontanément chez l'homme, sous la forme du délire aigu fébrile admis le plus souvent dans les asiles d'aliénés;

2° Elle emprunte alors à l'espèce humaine des caractères qui sont propres à cette espèce, comme les autres maladies qui se manifestent chez les divers animaux empruntent à chacune de ces espèces un caractere particulier, sans que pour cela la nature de cette affection perde son identité ;

3° Les causes qui produisent la rage

sont d'abord une prédisposition *sui generis*, et outre cela une multitude de causes occasionnelles qui, par leur variété, ont souvent donné le change sur la nature de cette maladie ;

4° La similitude des symptômes, de la marche, de la durée, de la terminaison, des lésions cadavériques de la rage communiquée, et du délire aigu fébrile si souvent traité dans les asiles d'aliénés, établit entre ces deux affections une identité de nature propre à fixer l'attention des pathologistes et à répandre de nouvelles lumières sur ce sujet si plein d'intérêt.

La communication de M. Girard de Cailleux va donner lieu sans doute à une discussion ; déjà M. Bouley et M. Baillarger ont contesté la doctrine de l'inspecteur du service des aliénés. Nous aurons donc prochainement l'occasion de revenir sur cette question de pathologie. (*Compte rendu de l'Acad. de méd.*, août.)

Résultat des opérations d'ovariotomie pratiquées par M. Kœberlé. Ce chirurgien vient d'adresser à l'Académie des sciences le résumé de douze opérations qu'il a pratiquées ces deux dernières années. Neuf fois elles ont été suivies de guérison, et trois fois de mort du troisième au huitième jour. L'une des opérées, qui avait été affectée de tumeurs cancéreuses des ovaires, a, six mois après leur extirpation et un rétablissement complet, succombé aux suites d'un cancer de la matrice. Les autres opérées jouissent d'une santé parfaite depuis qu'elles ont été soumises à l'ovariotomie, et l'une d'elles a accouché à terme d'un enfant ayant pesé 4,700 grammes.

Des douze malades opérées, cinq ont subi une ovariotomie double ; chez trois autres on a en même temps pratiqué l'énucléation partielle de quelques vésicules de Graaf dans un état hypertrophique, dans l'ovaire opposé à celui qui a été enlevé ; quatre opérées ont subi l'extirpation simple d'un seul ovaire : chez l'une d'elles, l'autre ovaire, qu'il a été impossible d'extirper, avait également subi un commencement de dégénérescence, mais il n'a pas augmenté de volume depuis l'opération, il y a dix-huit mois. L'une des opérées a guéri à la suite de l'extirpation des ovaires et de la matrice et jouit d'une santé florissante ; avant l'opération elle était sujette à de fréquents accès d'hystérie, qui ne se sont plus reproduits depuis.

La proportion des guérisons obtenues est de 75 pour 100. Ces résultats sont d'autant plus remarquables, lorsqu'on les met en opposition avec ceux de sept autres opérations d'ovariotomie également pratiquées à Strasbourg par divers chirurgiens, et qui toutes ont été suivies de mort.

Opérations autoplastiques faites pour remédier à l'exstrophie de la vessie. Nous avons rendu compte sommairement d'une opération faite par M. Holmes, chirurgien de l'hôpital des Enfants malades à Londres, pour remédier aux principaux inconvénients de l'exstrophie congénitale de la vessie. M. Holmes se servit de deux lambeaux pris sur les côtés de l'abdomen, jusqu'à l'aine, et ayant tous deux leur base sur les côtés de la division des parois abdominales. Le lambeau de gauche fut renversé de gauche à droite, de façon à présenter sa face épidermique à la paroi postérieure de la vessie. L'autre lambeau, par contre, fut simplement déplacé par glissement et vint recouvrir le premier ; les deux surfaces sanglantes étaient ainsi apposées l'une contre l'autre. M. Holmes se proposait en même temps de fixer le bord supérieur des lambeaux contre la paroi abdominale. Il aviva à cet effet le bord supérieur de la fente et réunit les lambeaux avec la ligne d'avivement. Sur ce point, l'opération échoua ; la réunion désirée ne se fit pas à ce niveau. Par contre, les deux lambeaux s'agglutinèrent rapidement et ne tardèrent pas à former un coussinet résistant au devant de l'hypogastre. La hernie de la muqueuse se trouvait ainsi parfaitement réduite. L'urine s'échappait très-peu au niveau du bord supérieur des lambeaux, et il était assez facile de la recueillir exactement dans un appareil approprié.

L'opéré de M. Holmes est mort depuis lors d'une tumeur fibro-plastique du cervelet et de la protubérance, et M. Holmes a présenté à la Société pathologique de Londres les pièces qui montraient le résultat définitif de l'opération. Autant que nous pouvons en juger par le compte rendu abrégé que nous avons sous les yeux, M. Holmes avait fini par réunir le bord supérieur du double lambeau avec la paroi abdominale dans presque toute son étendue ; il ne restait qu'une toute petite fistule, à peine visible à l'œil nu, et ne paraissant pas livrer passage à l'urine.

Inférieurement, l'orifice qui servait à l'écoulement du liquide était assez large pour laisser passer facilement le doigt. D'après M. Holmes, cette dimension du méat artificiel est la plus convenable. Elle permet de faire facilement des injections dans la vessie, et il est nécessaire de renouveler souvent ces injections, parce que l'urine a une tendance assez grande à former des dépôts phosphatiques. Il était, du reste, facile d'adapter à cet orifice un urinal, de manière à empêcher complétement que la peau ne fût mouillée par l'urine.

L'opéré avait joui pendant quinze mois des bénéfices de l'opération. (*Pathol. Soc.* in *Gaz. méd.*, août.)

Autre cas d'autoplastie pratiquée dans les mêmes circonstances. Dans la même séance, M. Wood a montré à la Société pathologique les pièces provenant d'un jeune garçon chez lequel il avait fait des opérations analogues, à *King's College Hospital*. Il était âgé de sept ans. L'exstrophie vésicale se présentait chez lui avec les caractères habituels : absence de la symphyse pubienne, écartement considérable des branches de l'arcade pubienne et des insertions des muscles droits, hernie de la paroi postérieure de la vessie, séparation des corps caverneux et absence de la paroi supérieure de l'urètre. Les testicules étaient renfermés dans le canal inguinal.

M. Wood avait procédé de la manière suivante : en premier lieu, deux lambeaux en forme de lancette furent empruntés à la peau de l'aine; ces lambeaux avaient leur base du côté du scrotum. Ils furent ramenés au devant de la paroi postérieure de la vessie et réunis l'un à l'autre « sur une large surface. »

La réunion de ces lambeaux étant opérée, un autre lambeau fut taillé au-dessus de l'hiatus, rabattu de haut en bas et réuni par la méthode de Pancoast au bord supérieur du pont formé par la réunion des lambeaux latéraux.

En troisième lieu, deux autres lambeaux latéraux furent empruntés au scrotum, ramenés au devant de la gouttière urétrale et réunis par leurs faces saignantes.

Toutes ces opérations réussirent parfaitement, sans aucun incident fâcheux, sans qu'il y eût de mortification. L'opéré pouvait retenir dans la vessie environ 2 onces d'urine, qui s'échappait seulement involontairement quand il toussait ou lorsqu'il négligeait de vider sa vessie.

On retint malheureusement cet enfant à l'hôpital pendant un mois pour lui faire fabriquer un urinal approprié ; il contracta un érysipèle de la face et du cuir chevelu, et succomba.

M. Wood attribue en grande partie son succès à ce qu'il avait conservé dans les lambeaux latéraux les branches ascendantes que l'artère fémorale fournit aux téguments de l'abdomen.

M. Wood ajoutait qu'il avait actuellement en traitement un cas analogue, dans lequel il avait obtenu un succès tout aussi complet. (*Pathol. Soc.* in *Gaz. méd.*, août.)

Incision sous-cutanée des rétrécissements de l'urètre. Reprochant à l'urétrotomie interne l'incertitude de ses procédés, à l'externe l'hémorrhagie, la pyoémie qui en sont assez souvent la conséquence, M. Dick préfère, depuis 1855, l'incision sous-cutanée. Elle peut se faire aussi étendue qu'on le désire, presque sans douleur, sans accidents graves. L'ouverture extérieure guérit en deux ou trois jours.

L'appareil instrumental consiste en une sonde terminée par un renflement, sonde dans l'intérieur de laquelle est un conducteur cannelé qui peut en sortir à volonté. On introduit d'abord la sonde de manière que son renflement parvienne jusqu'au devant du rétrécissement : alors on pousse le conducteur, qui enfile la partie rétrécie.

Cela fait, l'opérateur donne la sonde à tenir à un aide; et lui-même, guidant son ténotome sur le renflement et sur la cannelure du conducteur pour l'introduire et pour le faire agir, coupe avec sûreté et précision la partie rétrécie par le même mouvement de scie dont on use, dans la ténotomie ordinaire, pour diviser les tendons.

Les soins consécutifs sont les mêmes qu'après l'urétrotomie interne. Cette opération a réussi non-seulement entre les mains de l'auteur, mais aussi entre celles de M. Allingham et de M. Adams. (*Royal med. and chir. Society*, juin 1864.)

VARIÉTÉS.

Question d'hygiène à propos des bouchons de liége fabriqués à Paris.

Il y a quelque temps un médecin fut appelé à donner des soins à une personne qui avait bu à son repas un verre de vin qu'elle trouva d'une saveur insolite si désagréable, qu'elle se crut empoisonnée.

Chargé d'examiner ce vin, nous avons constaté que ce liquide était d'une couleur franche, d'une odeur caractéristique propre au cru qui l'avait produit; qu'il n'avait subi aucune de ces altérations organiques qu'on appelle *maladies du vin*; par son séjour dans les bouteilles, il n'y avait laissé aucun dépôt; son analyse n'y a décelé aucun sel toxique. Ce vin, ayant été mis dans des bouteilles neuves, n'y pouvait contracter de saveur étrangère, évidemment on ne pouvait accuser que le bouchon, quoiqu'il fût neuf. Nos investigations se portèrent sur lui.

Le liége fut coupé en de très-petits morceaux; on les mit en contact avec de l'alcool rectifié et bouillant; après douze heures de macération, le liquide fut filtré; il avait pris une légère teinte ambrée, sa saveur était très-amère, elle avait quelque analogie avec la saveur de la noix vomique; par l'évaporation de l'alcool nous avons obtenu un extrait, mais en si petite quantité, qu'il fut impossible d'en déterminer la nature.

De ce qui précède, on pourrait supposer que ce bouchon s'était trouvé par mégarde mêlé à des bouchons neufs; il n'en est rien, par la raison suivante :

Très-peu de personnes, à Paris, savent ce que c'est que la pêche *au remous* et en quoi elle consiste, c'est qu'elle n'est jamais pratiquée par l'élite de la société : les chiffonniers seuls la pratiquent. Elle consiste à s'embusquer à l'orifice des égouts qui viennent se dégorger dans la Seine, et à saisir au passage le fer, le cuivre, le bois, le papier, le chiffon et les bouchons que les eaux ménagères entraînent avec elles.

Ces bouchons que la Seine charrie, comme ceux qui sont ramassés dans les ruisseaux de la cité, sont vendus à des maisons qui en font un commerce spécial; on les remet à neuf.

Les bouchons déformés sont retaillés, les bouchons troués sont mastiqués, puis on les colore ensuite avec une poudre qui leur donne une nuance convenable.

Il y a quelques années, tous les vieux bouchons ramassés sur la voie publique servaient aux marchands d'encre et de cirage pour clore les bouteilles qu'ils débitent; aujourd'hui ce sont les détaillants de boissons qui les achètent, parce qu'ils ne coûtent que 6 fr. 50 les mille bouchons.

Ne doit-on pas être effrayé de penser que des bouchons qui ont servi à boucher des vases qui contenaient des substances toxiques peuvent être employés à en fermer d'autres dont le contenu est destiné à notre alimentation? On pourrait alléguer que la nature serrée du liége est très-peu perméable aux liquides, cela est vrai; mais il y a du liége commun, criblé d'une infinité de trous dans lesquels peuvent se loger des parcelles de vert-de-gris, de carbonate de plomb, d'arsenic, ou une infinité d'autres substances toxiques végétales ou minérales plus ou moins solubles dans l'eau, le vin, les alcools, la bière, le cidre, le vinaigre, le lait ou les huiles.

Nous faisons des vœux pour que les vieux bouchons de liége remis à neuf ne soient jamais une cause d'erreurs judiciaires, en faisant trouver des coupables là où il n'y aurait que des innocents. Stanislas MARTIN.

Par divers décrets, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : MM. Duruy, ministre de l'instruction publique ; Bouillaud, professeur à la Faculté de médecine de Paris ; Brongniart, inspecteur de l'enseignement supérieur.

Au grade d'officier : MM. Bouvier, médecin de l'hôpital des Enfants malades ; Blanchet, chirurgien en chef de l'Institution des sourds-muets ; Girard de Cailleux, inspecteur général des aliénés pour le département de la Seine ; Mauger, Gaigneron-la-Guillotière et Quemar, chirurgiens principaux de la marine ; Arnoux, chirurgien de 1re classe de la marine ; Bouisson, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier ; Falret (de l'Académie de médecine) ; Denéchaud, ancien médecin-major ; Chenu, médecin principal de 2e classe ; Dieu, pharmacien principal de 1re classe ; Gugolot et Baradou, médecins-majors de 1re classe.

Au grade de chevalier : MM. Cusco, chirurgien de Lariboisière ; Follin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; Guérin (Alphonse), chirurgien de l'hôpital Saint-Louis ; Vidal, médecin de la Bibliothèque impériale ; Liebreich, auteur de l'*Atlas d'ophthalmoscopie ;* Touzet, à Rio-Janeiro ; Morel et Hutin, médecins en chef de 1re classe des asiles d'aliénés ; Landry, inspecteur départemental des Enfants assistés du Rhône ; Bossion, médecin attaché au bureau de bienfaisance du Xe arrondissement de Paris ; Fordos, pharmacien de la Charité ; Coqueret, médecin de l'ambulance de la police municipale de Paris ; Cauro, ancien médecin de l'hospice d'Ajaccio ; Mauricet, médecin des hospices de Vannes ; Defert, chirurgien des hôpitaux de Metz ; Morael, membre du Conseil général du Nord ; Le Piez, chirurgien de l'hôpital de Saint-Germain en Laye ; Duplouy, chirurgien professeur de la marine ; Carpentin, pharmacien professeur de la marine ; Lacroix, Le Coniat, Mège, Riou, Romain, Grenet, Gayme, chirurgiens de 1re classe de la marine ; Monin, de Carové, chirurgiens de 2e classe de la marine ; Blandin (de la Nièvre) ; Hirtz, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg ; Bazin, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Bordeaux ; Loir, professeur à la Faculté des sciences de Lyon ; Guérineau, professeur adjoint à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers ; Barthélemy, vétérinaire des haras ; Frugère, ancien chirurgien militaire ; Gingibre, ancien chirurgien aide-major ; Mauric, chirurgien de 1re classe de la marine en retraite ; Rathelot, pharmacien-major en retraite ; le docteur Urbain d'Aries, ancien juge de paix ; Jules Worms, ancien médecin aide-major du 4e régiment d'artillerie ; Levé, ancien médecin-major ; Rossignol, médecin de l'Opéra ; Gallois, ancien médecin par quartier de S. A. I. le prince Jérôme ; Buthod, Dufour, médecins-majors de 1re classe ; Champion, Muller, Windrif, médecins-majors de 2e classe ; Brunet, Luzy, Morache, Dupeyron, médecins aides-majors de 1re classe ; Beylier, pharmacien-major de 1re classe ; Rancurel, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Douera ; Rousset et Goyeau, vétérinaires en 1er ; Carpentier, médecin du ministère des finances.

Par décret en date du 12 août 1864, ont été nommés, dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre :

Au grade de médecin inspecteur : M. Louis Cazalas, médecin principal de 1re classe. — A cinq emplois de médecin principal de 1re classe (choix) : MM. les médecins principaux de 2e classe Rietschel, Molard, Ehrmann, Pastureau et Cabrol. — A quatre emplois de médecin principal de 2e classe (choix) : MM. les médecins-majors de 1re classe Capron, Baiseau, Bonduelle et Fropo. — A deux emplois de pharmacien principal de 1re classe (choix) : MM. les pharmaciens principaux de 2e classe Demortain et Fournès. — A trois emplois de pharmacien principal de 2e classe (choix) : MM. les pharmaciens-majors de 1re classe Lapeyre, Capiomont et Roucher.

A la suite du concours pour les prix de l'Ecole pratique, les récompenses suivantes ont été accordées : Médaille d'or, M. Damaschino ; médailles d'argent, MM. Lemoine et Bernadet.

M. le docteur Salet est nommé médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Bordeaux.

La Société littéraire et scientifique de Castres distribuera en 1865 quatre médailles :

1° Une médaille d'or pour une étude sur les œuvres de médecine pratique d'Alexis Pujol (de Castres) (1739–1804) ; 2° une médaille d'or pour l'examen et la discussion de cette question : « Faire connaître sous leurs noms latins, français et patois les plantes qui croissent spontanément dans une zone déterminée de l'un des deux versants de la montagne Noire ; indiquer leurs caractères, leur facies, leur habitat et leurs propriétés médicinales ou industrielles. »

Les manuscrits devront être adressés *franco*, dans les formes académiques, à Castres, avant le 1er mars 1865, à M. le président de la Société littéraire et scientifique. Ces médailles seront distribuées dans la dernière quinzaine du mois d'avril 1865.

Un concours pour les emplois de pharmacien élève à l'Ecole impériale de service de santé militaire aura lieu : A Strasbourg, le 29 septembre prochain ; à Lyon, le 6 octobre ; à Montpellier, le 10 ; à Toulouse, le 13, et à Paris le 17 octobre. — Conditions d'admission à ce concours : 1° être né ou naturalisé Français ; 2° être reconnu apte à servir activement dans l'armée ; 3° avoir eu moins de vingt et un ans au 1er janvier de l'année courante ; 4° être pourvu du diplôme de bachelier ès sciences ; 5° justifier de trois années de stage dans une pharmacie civile. — Des bourses, demi-bourses et trousseaux sont accordés aux élèves qui ont fait constater l'insuffisance des ressources de leur famille pour leur entretien à l'Ecole. — Les frais d'inscriptions, de conférences, d'exercices pratiques, d'examens, etc., sont payés par le ministre de la guerre.

Un concours aura lieu à Strasbourg le 7 décembre 1864 ; à Montpellier, le 15 et à Paris le 21 du même mois ; ce concours n'intéresse que les pharmaciens de première classe déjà pourvus de leur diplôme qui voudraient exercer leur profession dans les rangs de l'armée. Les conditions d'examen sont les suivantes : 1° être Français ; 2° être exempt de toute infirmité ; 3° n'avoir pas dépassé l'âge de vingt-huit ans. — La durée du stage à l'Ecole du Val-de-Grâce est fixée à un an. Les stagiaires reçoivent une indemnité de première mise fixée à 500 francs et des appointements fixés à 2,160 francs par an.

Pour les articles non signés, **E. DEBOUT.**

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Recherches expérimentales sur l'opium et ses alcaloïdes.

Lues à l'Académie des sciences par M. le professeur Cl. Bernard.

Dans mon cours de médecine expérimentale au Collége de France, j'ai examiné cette année les divers moyens contentifs physiologiques que l'expérimentateur est appelé à mettre en usage, dans le but de faciliter l'exécution des expériences sur les animaux vivants. C'est ainsi que j'ai été conduit à examiner les propriétés stupéfiantes de l'opium et de ses alcaloïdes. Mais j'ai rencontré dans cette étude des divergences et des particularités inattendues que je me suis proposé d'examiner de plus près, à cause de l'importance thérapeutique et médicale de l'opium.

L'opium est un mélange d'une grande quantité de substances dont plusieurs diffèrent essentiellement les unes des autres par la nature de leur action sur l'économie animale. Depuis que la chimie est parvenue à séparer les alcaloïdes actifs de l'opium, un grand nombre de médecins les emploient de préférence à l'opium lui-même. C'est une tendance qu'on ne saurait trop encourager dans l'intérêt des progrès de la thérapeutique, ainsi qu'on le verra par les résultats contenus dans ce travail.

L'étude physiologique de l'opium et de ses alcaloïdes que j'ai entreprise demanderait plusieurs années d'expérimentation pour être poussée aussi loin que le permettent les moyens actuels de la physiologie expérimentale. Ce n'est donc point un travail achevé que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie, mais seulement une sorte d'introduction dans laquelle je traiterai d'une manière générale et comparative des propriétés *soporifiques* et *toxiques* de six des principes les plus actifs de l'opium, savoir : la morphine, la narcéine, la codéine, la narcotine, la papavérine et la thébaïne [1].

I. — *Propriétés soporifiques des alcaloïdes de l'opium.* — Les expériences sur les animaux m'ont appris que parmi les six principes de l'opium que j'ai cités plus haut, trois seulement possèdent la propriété de faire dormir : ce sont la morphine, la narcéine et la codéine. Les trois autres, la narcotine, la papavérine et la thébaïne,

(1) J'ai expérimenté avec des substances aussi pures que possible, que j'ai demandées d'une manière spéciale aux maisons Ménier, de Paris, et Merk, de Darmstadt. Je dois également à l'obligeance de M. Guillemette, pharmacien distingué de Paris, des produits, et particulièrement de la narcéine, qu'il a préparés et purifiés lui-même avec le plus grand soin.

sont dépourvus de vertu soporifique, de sorte qu'à ce point de vue ce sont non-seulement des substances étrangères dans l'opium, mais encore des matières dont l'activité propre peut contrarier ou modifier l'effet dormitif des premières.

De ce que la morphine, la narcéine et la codéine sont soporifiques, il ne faudrait pas en conclure que ces trois substances sont identiques dans leurs propriétés physiologiques et thérapeutiques. L'expérience montre au contraire que ces substances ont des vertus spécifiques, car chacune d'elles fait dormir à sa manière et en procurant un sommeil caractéristique. J'ai employé la morphine et la codéine à l'état de chlorhydrate, dans des solutions de 5 grammes de sel sur 100 grammes d'eau distillée. La narcéine étant plus soluble, je l'ai souvent employée directement dans des solutions à la même dose.

J'ai donné les substances soporifiques tantôt dans l'estomac ou dans le rectum ; tantôt je les ai injectées dans les veines, dans la plèvre, dans la trachée ou dans le tissu cellulaire sous-cutané.

J'examinerai ailleurs les différences qui peuvent résulter de ces divers modes d'administration ; mais pour les résultats généraux que je vais mentionner aujourd'hui, je ferai surtout allusion aux injections dans le tissu cellulaire sous-cutané. Cette manière d'agir donne une absorption plus régulière de la substance active et fournit, par suite, des résultats plus sûrs et plus comparables. Je pense même, à raison de ces circonstances, que l'absorption sous-cutanée, qui n'a été employée jusqu'ici sur l'homme que par exception, devra devenir une méthode générale pour l'administration de tous les médicaments énergiques et à l'état de pureté.

L'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané d'un centimètre cube d'une dissolution de chlorhydrate de morphine à 5 pour 100, contenant par conséquent 5 centigrammes de sel, suffit très-bien pour endormir profondément un jeune chien de moyenne taille.

Quand les chiens sont adultes ou plus grands, il faut une dose plus forte. D'ailleurs, on peut, ainsi qu'on le verra plus loin en parlant des effets toxiques de la morphine, doubler, tripler et même décupler la dose, et produire ainsi un sommeil de plus en plus profond sans autres inconvénients que quelques accidents insignifiants pour la vie de l'animal.

Quand les chiens sont ainsi profondément stupéfiés par la morphine, ils sont comme des machines vivantes devenues inertes, très-commodes pour l'observation et l'expérimentation physiologique. Quand on place les chiens sur le dos, dans un appareil contentif en

gouttière, ils y restent pendant des heures entières profondément endormis et sans faire aucun mouvement ; on peut les maintenir dans toutes les positions et même la gueule ouverte sans qu'ils montrent aucune résistanee, ce qui permet de pratiquer avec la plus grande facilité les opérations physiologiques longues et délicates.

Les animaux ne sont pas insensibles; cependant si le sommeil causé par la morphine est très-profond, la sensibilité se trouve considérablement émoussée, en même temps que les nerfs de la sensibilité sont devenus très-paresseux. En effet, quand on pince les extrémités, même avec force, l'animal ne manifeste d'abord aucune sensation douloureuse, de sorte qu'on le croirait insensible ; mais après l'épreuve réitérée deux ou trois fois, l'animal éprouve de la douleur et s'agite. Dans ces conditions, et surtout quand le sommeil tend à diminuer, les animaux se montrent surtout sensibles aux bruits soudains. Quand on frappe sur la table ou qu'on détermine tout à coup le bruit d'une chute d'eau en ouvrant un robinet non loin de là, le chien tressaille et se réveille en sursaut ; souvent même il se lève et s'enfuit comme effaré, mais pour s'arrêter bientôt et retomber dans le narcotisme. Quand on reproduit souvent ces bruits, l'animal finit par s'y habituer et ne plus s'en émouvoir, ce qui est le contraire pour le pincement, ainsi que nous l'avons dit plus haut.

La durée et l'intensité du sommeil morphéique sont naturellement en rapport avec la dose de la substance absorbée ; mais ce qu'il importe d'examiner ici, c'est la nature du réveil, qui est caractéristique. Les chiens, en se réveillant, ont constamment le même aspect ; ils sont souvent effarés, les yeux hagards, le train postérieur surbaissé et à demi paralysé, ce qui leur donne la démarche tout à fait analogue à celle d'une hyène. Quand on appelle les chiens dans cet état, ils se sauvent comme effrayés ; ils ne reconnaissent pas leur maître, et cherchent à se cacher dans les endroits obscurs. Ces troubles intellectuels des animaux ne durent quelquefois pas moins de douze heures, et ce n'est qu'après ce temps que l'animal est revenu à son humeur normale.

Si nous comparons maintenant le sommeil de la codéine à celui de la morphine, nous verrons qu'ils diffèrent essentiellement l'un de l'autre. 5 centigrammes de chlorhydrate de codéine injectés sous la peau peuvent également suffire pour endormir un jeune chien de taille moyenne. Si les chiens sont adultes ou plus grands, il faut également augmenter la dose pour obtenir le même effet. Mais quelle que soit la dose, on ne parvient jamais à endormir les chiens aussi profondément par la codéine que par la morphine. L'animal

peut toujours être réveillé facilement, soit par le pincement des extrémités, soit par un bruit qui se fait autour de lui. Quand on met le chien sur lè dos dans la gouttière à expérience, il y reste tranquille, mais cependant l'animal a plutôt l'air d'être calmé que d'être vraiment endormi. Il est très-excitable, au moindre bruit il tressaille des quatre membres, et si l'on frappe fortement et subitement sur la table où il se trouve couché, il ressaute et s'enfuit. Cette excitabilité n'est que l'exagération d'un semblable état que nous avons déjà vu dans la morphine; comme elle, on la voit disparaître par les excitations répétées.

La codéine émousse beaucoup moins la sensibilité que la morphine et elle ne rend pas les nerfs paresseux comme elle, d'où il résulte que pour les opérations physiologiques la morphine est de beaucoup préférable à la codéine. Mais c'est surtout au réveil que les effets de la codéine se distinguent de ceux de la morphine. Les animaux codéinés à dose égale se réveillent sans effarement, sans paralysie du train postérieur et avec leur humeur naturelle; ils ne présentent pas ces troubles intellectuels qui succèdent à l'emploi de la morphine. Parmi les expériences très-nombreuses que j'ai faites à ce sujet, je me bornerai à rapporter un exemple qui met bien en évidence la différence que je signale.

Deux jeunes chiens habitués à jouer ensemble, et tous deux d'une taille un peu au-dessus de la moyenne, reçurent dans le tissu cellulaire sous-cutané de l'aisselle, et à l'aide d'une petite seringue à tube piquant, l'un 5 centigrammes de chlorhydrate de morphine dissous dans 1 centimètre cube d'eau, et l'autre 5 centigrammes de chlorhydrate de codéine administrés de la même manière. Au bout d'un quart d'heure environ, les deux chiens éprouvèrent des effets soporifiques. On les mit tous deux sur le dos dans la gouttière à expérience et ils dormirent tranquilles à peu près trois ou quatre heures. Alors les deux animaux réveillés présentaient le contraste le plus frappant. Le chien morphiné courait avec une démarche hyénoïde et l'œil effaré, ne reconnaissant plus personne et pas même son camarade codéiné qui en vain l'agaçait et lui sautait sur le dos pour jouer avec lui. Ce n'est que le lendemain que le chien à morphine reprit sa gaieté et son humeur ordinaires. Deux jours après, les deux chiens étant très-bien portants, je répétai exactement la même expérience, mais en sens inverse. c'est-à-dire que je donnai la codéine à celui qui avait eu la morphine, et *vice versa*. Les deux chiens dormirent à peu près aussi longtemps que la première fois, mais au réveil les rôles des deux animaux furent com-

plétement intervertis comme l'avait été l'administration des substances. Le chien qui, deux jours auparavant, étant codéiné, s'était réveillé alerte et gai, était aujourd'hui ahuri et à demi paralysé à la suite du sommeil morphéique, tandis que l'autre s'était réveillé vif et joyeux.

Le sommeil produit par la narcéine participe à la fois de la nature du sommeil de la morphine et de la codéine, en même temps qu'il en diffère. La narcéine est la substance la plus somnifère de l'opium : à doses égales, avec la narcéine, les animaux sont beaucoup plus profondément endormis qu'avec la codéine, mais ils ne sont pourtant pas abrutis par un sommeil de plomb comme avec la morphine. Leurs nerfs de sensibilité, quoique émoussés, ne sont point frappés d'une paresse très-appréciable, et les animaux manifestent assez vite les sensations douloureuses à la suite du pincement des extrémités. Mais ce qui caractérise plus particulièrement le sommeil narcéique, c'est le calme profond et l'absence de l'excitabilité au bruit que nous avons remarqués dans la morphine, et trouvés au *summum* d'intensité dans la codéine. Au réveil, les animaux endormis par la narcéine reviennent très-vite à leur état naturel. Ils ne présentent qu'à un beaucoup moindre degré la faiblesse du train postérieur et l'effarement, et en cela le réveil de la narcéine se rapproche de celui de la codéine.

J'ajouterai que le sommeil de la narcéine est très-convenable pour les opérations physiologiques ; les chiens affaissés dans un sommeil profond de plusieurs heures ne font aucune résistance, et s'ils se plaignent, ils ne cherchent pas à s'enfuir ni à mordre.

Les animaux sont alors dans un état tel, qu'on ne croirait pas qu'ils puissent en revenir. A la Société de Biologie, dans une séance du mois de juillet dernier, j'ai injecté sous la peau de l'aisselle d'un jeune chien 7 à 8 centigrammes de narcéine en dissolution dans 2 centimètres cubes d'eau. Au bout d'un quart d'heure environ, l'animal fut pris d'un sommeil qui devint si profond, que, pour convaincre le président ainsi que plusieurs membres de cette laborieuse Société, si utile par la nature de ses travaux à l'avancement des sciences médicales, je fus obligé de renvoyer le chien dans la séance suivante pour montrer qu'il n'était pas mort.

En résumé, les trois substances soporifiques contenues dans l'opium présentent chacune un sommeil jusqu'à un certain point caractéristique. J'ai constaté ce résultat non-seulement sur des chiens, mais encore sur des chats, des lapins, des cochons d'Inde, des rats, des pigeons, des moineaux et des grenouilles. Chez tous, les effets

des trois substances offrent les mêmes caractères et les mêmes différences, sauf la susceptibilité spéciale des animaux. Les rats blancs albinos, qui sont très-faciles à narcotiser, sont également très-propres à manifester les différences que nous avons signalées entre les sommeils de la morphine, de la codéine et de la narcéine. En mettant dans une même cage trois rats endormis par ces trois substances, quand on fait vibrer, même très-légèrement, les barreaux de la cage, le rat codéiné saute en l'air, et les deux autres restent tranquilles; si l'on fait vibrer les barreaux plus fort, le rat codéiné et le rat morphiné tressaillent, mais le premier beaucoup plus que le second, tandis que le rat narcéiné ne bouge pas et reste endormi. Au réveil, le rat à la codéine reprend ses allures le premier, ensuite celui à la narcéine, et enfin le rat à la morphine reste abruti pendant longtemps.

Les différences que j'ai signalées entre la morphine et la codéine étaient déjà connues des médecins; ils avaient observé chez l'homme que la morphine procure un sommeil lourd avec des maux de tête consécutifs, tandis que la codéine donne au contraire un sommeil beaucoup plus léger sans maux de tête au réveil. Mais la narcéine n'avait pas été encore essayée sur l'homme. D'après les résultats très-nets de mes expériences, deux médecins de Paris, bien connus par leurs travaux scientifiques, M. le docteur Debout, directeur du *Bulletin général de Thérapeutique*, et M. le docteur Béhier, médecin de l'hôpital de la Pitié, ont fait des essais sur l'homme qui concordent complétement avec les effets de la narcéine que j'ai observés sur les animaux. Je me borne à signaler ces résultats, parce qu'ils sont en voie de publication; mais je ferai seulement remarquer que, dès aujourd'hui, on peut considérer que la narcéine est entrée définitivement dans la thérapeutique de l'homme à l'égal des deux autres substances soporifiques de l'opium.

Je ferai remarquer que les animaux, de même que l'homme, sont beaucoup plus sensibles aux effets de la morphine, de la codéine et de la narcéine quand ils sont jeunes que quand ils sont adultes. Ils présentent en outre une même accoutumance rapide aux effets soporifiques des trois substances, de sorte que, pour obtenir les résultats dont nous avons parlé, il convient de prendre des animaux neufs, car j'ai constaté que ces phénomènes d'accoutumance sont quelquefois de longue durée.

II. — *Propriétés toxiques des alcaloïdes de l'opium.* — Les six principes de l'opium que j'ai étudiés sont tous des poisons, mais il n'y a aucune relation à établir entre leurs propriétés toxiques

et leur action soporifique. J'ai été amené à faire des recherches sur l'action toxique de ces substances, parce que j'avais observé, en stupéfiant les animaux pour des opérations physiologiques, que l'extrait gommeux d'opium était relativement plus dangereux que la morphine. En effet, les expériences me montrèrent bientôt que la morphine était un des alcaloïdes les moins toxiques de l'opium, et que la thébaïne en était le principe le plus actif comme poison. Pour donner une idée de la différence qui existe entre les deux alcaloïdes, je dirai que 1 décigramme de chlorhydrate de thébaïne dissous dans 2 centimètres cubes d'eau distillée et injecté dans les veines d'un chien du poids de 7 à 8 kilogrammes, le tue en cinq minutes, tandis que j'ai pu injecter jusqu'à 2 grammes de chlorhydrate de morphine dans les veines d'un animal de même taille sans amener la mort. Après la thébaïne arrive, pour la toxicité, la codéine, qui est également beaucoup plus dangereuse que la morphine. L'opinion contraire existe parmi les médecins, qui prescrivent chez l'homme la codéine à plus haute dose que la morphine. La cause d'erreur est venue de ce que, dans l'usage, la morphine produit très-vite et bien longtemps avant qu'on ait atteint une dose toxique, des accidents tels que céphalalgie et vomissements ; tandis que la codéine, qui endort peu, ne produit point ces accidents au même degré, quoique beaucoup plus toxique. La dose de chlorhydrate de codéine qui, injectée dans les veines, tue un chien, est bien inférieure à la dose de chlorhydrate de morphine qui peut être injectée de même sans amener la mort.

Mais les principes de l'opium sont à la fois toxiques et convulsivants, c'est-à-dire qu'ils amènent la mort avec des convulsions tétaniques violentes. Ces convulsions sont suivies pour quelques-uns d'entre eux, et particulièrement pour la thébaïne, de l'arrêt du cœur et d'une rigidité cadavérique rapide, comme cela se voit pour les poisons musculaires. La narcéine fait seule exception : elle n'est point excitante ni convulsivante ; portée à dose toxique, les animaux meurent dans le relâchement.

Je me borne pour le moment à ces indications sommaires, l'action toxique des alcaloïdes de l'opium devant être reprise analytiquement pour chacun d'eux en particulier avec le plus grand soin ; car c'est seulement au moyen d'études de ce genre que l'on trouvera l'explication de l'action soporifique et des actions médicamenteuses diverses de ces substances.

L'opium a déjà été l'objet d'un grand nombre d'expériences isolées ; mais, comme on le voit, ces études sont insuffisantes. Il faut

reprendre méthodiquement et analytiquement l'étude de chaque alcaloïde de l'opium avec les moyens que la physiologie expérimentale met à notre disposition. C'est à ce propos que je donnerai l'historique des recherches qui m'ont précédé, et que j'ai négligées dans l'aperçu général que je donne aujourd'hui.

III. — *Conclusions et réflexions.* — Il y a trois propriétés principales dans les alcaloïdes de l'opium : 1° action soporifique ; 2° action excitante ou convulsivante ; 3° action toxique.

Voici l'ordre dans lequel on peut ranger les six principes que j'ai étudiés, relativement à ces trois propriétés. Dans l'ordre soporifique, nous avons au premier rang la narcéine, au second la morphine et au troisième la codéine. Les trois autres principes sont dépourvus de propriété soporifique. Dans l'ordre convulsivant, nous trouvons : 1° la thébaïne ; 2° la papavérine ; 3° la narcotine ; 4° la codéine ; 5° la morphine ; 6° la narcéine. Dans l'ordre de l'action toxique, nous avons : 1° la thébaïne ; 2° la codéine ; 3° la papavérine ; 4° la narcéine ; 5° la morphine ; 6° la narcotine.

Pour obtenir les classifications qui précèdent, il faut nécessairement expérimenter sur des animaux extrêmement comparables, parce qu'il y a des nuances que l'on ne saisirait pas sans cela. Telle est la différence de toxicité entre la morphine et la narcéine, qui est très-faible. Il serait impossible d'obtenir ces résultats comparatifs sur des chiens ou sur des lapins, par exemple, parce que ces animaux varient de taille, d'âge, de race, etc. Il faudrait également bien se garder de conclure d'après des expériences faites sur des animaux qui auraient déjà été soumis à l'action des préparations de l'opium, car l'accoutumance pour toutes les actions est si rapide et si grande, que jamais, dans ce cas, une seconde expérience ne ressemble exactement à la première. On voit donc qu'en physiologie plus que partout ailleurs, et cela à cause de la complexité des sujets, il est plus facile de faire de mauvaises expériences que d'en réaliser qui soient bonnes, c'est-à-dire comparables. C'est là la cause des contradictions si fréquentes qu'on rencontre parmi les expérimentateurs, et c'est un des principaux obstacles à l'avancement de la médecine et de la physiologie expérimentales. Les grenouilles sont des animaux qui sont plus comparables entre eux que les chiens, mais elles n'étaient pas assez sensibles pour nos expériences. Nous avons choisi, à cause de cela, des jeunes moineaux qu'on trouve en très-grande quantité à Paris au printemps. Ces animaux, sortant tous du nid, par conséquent de même âge et de même taille, sont aussi comparables que possible et en outre très-

sensibles aux actions toxiques, soporifiques et convulsivantes. Pour administrer les solutions actives, je me servais de la petite seringue à vis de Pravaz, munie d'un tube fin et piquant. Par ce moyen je portais dans le tissu cellulaire sous-cutané, goutte à goutte, la substance active et avec une précision en quelque sorte mathématique.

Comme je le disais en commençant, tout ceci n'est encore qu'une ébauche, et quoique les résultats que j'ai signalés dans cette Note soient établis sur plus de deux cents expériences, on voit cependant que l'étude n'est qu'à son début, quand on pense qu'il faut même, avant d'aborder le mécanisme de l'action intime de chacune de ces substances, déterminer leurs effets sur la digestion, la circulation, les sécrétions, les excrétions, et expliquer encore les phénomènes si singuliers d'accoutumance des organes aux effets des opiacés, etc.

J'ai désiré seulement, pour aujourd'hui, attirer l'attention des physiologistes et des médecins sur des études que je considère comme la base de la thérapeutique scientifique. Ces recherches sont si longues et ces questions si difficiles, qu'il n'est pas trop des efforts de tous pour les résoudre, et chacun doit le désirer ardemment. La thérapeutique offre déjà assez de difficultés par elle-même sans qu'on vienne encore les augmenter en continuant d'employer des médicaments complexes comme l'opium, qui n'agissent que par une résultante souvent variable. Il faut analyser les actions complexes et les réduire à des actions plus simples et exactement déterminées, sauf à les employer seules ou à les associer ensuite si cela est nécessaire. Ainsi, avec l'opium, on n'obtiendra jamais l'effet de la narcéine, qui procure le sommeil sans excitabilité ; mais on pourra au contraire trouver des effets très-variables qui dépendront d'une susceptibilité individuelle plus grande pour tel ou tel des principes actifs qui le composent. Les expériences sur les animaux permettent seules de faire convenablement des analyses physiologiques qui éclaireront et expliqueront les effets médicamenteux qu'on observe chez l'homme. Nous voyons, en effet, que tout ce que nous constatons chez l'homme se retrouve chez les animaux, et *vice versâ*, seulement avec des particularités que la diversité des organismes explique ; mais, au fond, la nature des actions physiologiques est la même. Il ne saurait en être autrement, car sans cela il n'y aurait jamais de science physiologique ni de science médicale.

Enfin, je terminerai par une remarque qui ressort naturellement de notre sujet. On voit, par l'exemple de l'opium, que le même végétal forme des principes dont l'action sur l'économie animale est fort différente et en quelque sorte opposée. On peut donc retirer

plusieurs médicaments très-distincts de la même plante, et pour l'opium en particulier je pense que chacun de ses principes est destiné à devenir un médicament particulier, d'autant plus qu'il est de ces principes qui possèdent une influence très-marquée sur l'organisme sans être toxiques, en raison de l'énergie de cette action. C'est ainsi que le chlorhydrate de narcotine, par exemple, possède une propriété convulsivante très-grande, quoiqu'il soit le principe de l'opium le moins toxique parmi ceux que nous avons examinés. Il n'est donc plus nécessaire de croire que les plantes de la même famille doivent avoir toujours les mêmes propriétés médicinales, quand nous voyons le même végétal fournir des produits actifs si variés dans leurs propriétés physiologiques.

Note sur l'état nerveux ou nervosisme, et l'utilité du bromure de potassium.

Présentée à l'Académie de médecine par M. le docteur Romain Vigouroux, ancien interne des hôpitaux.

Cette note a un double sujet : une maladie et un médicament. La maladie est une névrose, c'est dire qu'elle est obscure ; le médicament est encore peu usité et je puis dire mal connu. Aussi demanderai-je à ajouter de courtes réflexions à l'exposé sommaire de quelques faits.

Obs. I. J'ai observé le premier fait à Londres, au printemps de 1863. Dame veuve, mère de plusieurs enfants, fortement constituée, sans tendance à l'embonpoint ni coloration du visage, ayant dépassé l'âge critique. Elle se plaint de douleurs dans divers points de la tête et spécialement au sommet. Sensations variables de fourmillement, de chatouillement dans les membres, etc.

Je trouve des foyers névralgiques derrière les apophyses mastoïdes, en avant des apophyses zygomatiques, etc. Points douloureux à la pression dans la gouttière vertébrale gauche. Mais c'est la moindre partie de ses maux ; depuis plusieurs années (elle ne peut préciser, parce que l'invasion a été graduelle), elle est sujette à des malaises qui se renouvellent de plus en plus fréquemment, à ce point qu'elle n'a maintenant que de rares journées de libres, et qui se présentent habituellement de la façon suivante : dans le jour tristesse, éloignement de toute conversation ou occupation, tendance de l'esprit à se concentrer sur le même sujet ; c'est ordinairement la crainte de devenir aliénée ou paralytique ; sombres pressentiments sur l'avenir de ses enfants ou doute sur leur affection ; sursaut au moindre bruit ; anxiété intolérable, palpitations à l'annonce d'une visite, à l'arrivée d'une lettre, même des plus insignifiantes ; la nuit, insomnie complète, obsession redoublée d'idées mélancoliques ; frissons et parfois tremblement comparable à celui d'un

violent accès de fièvre intermittente. Le lendemain lassitude générale, langue blanche, yeux cernés, etc. Ces accès n'offrent aucune périodicité régulière. Daus les intervalles elle est d'un caractère ouvert et gai, presque viril ; l'appétit et les forces sont intacts.

Comme causes de cet état, on peut accuser des chagrins domestiques et peut-être les suites d'une affection de l'utérus qui, après une fausse couche, a nécessité, il y a huit ans, plusieurs cautérisations du col, pratiquées par M. Jobert (de Lamballe). Il n'y a point de leucorrhée ni d'autres symptômes actuels de ce côté.

Je remets à une autre visite l'exploration des organes génitaux, et je prescris un liniment chloroformé pour la névralgie sous-occipitale et temporale superficielle, des pilules d'oxyde de zinc et de sulfate de quinine, et des pratiques d'hydrothérapie.

La semaine suivante, il y a eu de l'amélioration ; mais la malade trouve le traitement difficile à suivre, surtout en ce qui concerne l'hydrothérapie. Alors, dans l'hypothèse que je ne discuterai pas ici, d'un état particulier de la moelle et me guidant sur ce que j'avais vu faire par M. Brown-Séquard au National-Hospital, je prescrivis le bromure de potassium pour toute médication. L'effet fut immédiat. Tant que dura l'administration du médicament, il n'y eut pas de troubles nerveux. Et plus tard, lorsqu'ils reparurent, bien que très-atténués, la solution bromurée les fit toujours disparaître.

Obs. II. J'ai observé le deuxième fait à Paris, au mois de décembre dernier. Dame veuve, mère de plusieurs enfants, ayant, comme la précédente, dépassé la ménopause de quelques années. Constitution moyenne, embonpoint modéré, facies coloré, mais légèrement grippé et anxieux.

De temps à autre, en moyenne une fois par semaine. Elle est prise brusquement d'une tristesse et d'un abattement indicibles. Elle se sent détachée de tout ; ses affections les plus chères lui deviennent indifférentes ; les seules images qui l'occupent sont celles de la mort ou de l'aliénation qu'elle envisage avec une sorte de complaisance. (Cette dame est d'une piété aussi ardente qu'éclairée, et porte très-loin l'amour maternel.) En même temps douleur cardiaque et quelquefois palpitations, insomnie, frissons. Cet état dure sans interruption deux ou trois jours, et tout rentre dans l'ordre. Du reste santé bonne Comme cause, perte d'un enfant.

A l'examen, névralgie intercostale gauche, rien au cœur.

Prescription : vésicatoire sur le foyer postérieur de la névralgie et solution de bromure de potassium.

Même résultat que chez la précédente, c'est à-dire disparition presque immédiate des troubles existant et efficacité du médicament contre leur retour.

Je dois ajouter que cette malade avait été traitée, pendant plus d'un an, par deux praticiens très-distingués de Paris, qui avaient fini par lui conseiller de s'abstenir de médicaments et de rechercher les distractions.

Obs. III. Un homme de quarante ans, robuste, dont l'extérieur annonce l'énergie et l'activité, me raconte qu'après une vie des

plus occupées, il éprouve depuis six mois les symptômes suivants :

Parfois dans le jour mélancolie, inquiétude non motivée sur ses enfants absents ; anxiété précordiale, palpitations ; insomnie habituelle. Depuis six mois il ne dort jamais plus de deux heures, quelque fatigue qu'il ait pu se donner. Le reste de la nuit est occupé par les pensées les plus pénibles et les moins fondées.

Névralgie intercostale gauche. Appétit, digestion, forces en bon état. Rien de particulier du côté des fonctions génitales.

Différents moyens ont déjà été essayés : l'opium augmenta les troubles de l'innervation ; la digitale fut utile contre les palpitations, mais laissa subsister les autres désordres.

Prescription : bromure de potassium, qui dès la première nuit double la durée du sommeil ; la journée suivante le malade ne fut pas assiégé de ses idées tristes. A mesure que la dose s'éleva, l'état normal revint. Le malade m'écrivit un mois après que, bien qu'il fût retourné dans le milieu où avait débuté la maladie, sa santé continuait à être parfaite.

Obs. IV. Le quatrième fait est un peu différent : homme de trente-trois ans, très-robuste et énergique. Depuis environ cinq ans, il est sujet à des troubles variés ; bien que son appétit ait toujours été bon, il éprouve, après chaque repas, de la pesanteur à l'estomac, des bouffées de chaleur à la face. Les digestions pénibles se prolongent le plus souvent dans la nuit, et occasionnent un mouvement fébrile avec frisson.

Palpitations fréquentes ; souvent sensation d'une explosion dans la tête ; alors la conversation ou la suite des idées sont interrompues, mais il n'y a pas perte de connaissance. Alternatives fréquentes de pâleur et de coloration de la face, à tel point que les personnes présentes en conçoivent de l'inquiétude. Mouches volantes. Souvent incertitude de la marche analogue à celle qu'on éprouve sur le pont d'un navire.

En même temps préoccupation très-grande de sa santé, affaiblissement de la volonté.

La première fois que je vis ce malade (à la fin de 1862), je crus au vertige dyspeptique et je conseillai le traitement indiqué dans ce cas par M. Trousseau. Résultat nul. M. Trousseau, consulté, émet le même avis et prescrit le même traitement (amers, alcalins). Comme il existait des signes d'anémie, un autre médecin conseilla les ferrugineux. L'anémie disparut, mais les troubles mentionnés persistèrent intégralement Des exercices gymnastiques continuels, une saison passée à Vichy, une autre dans un établissement hydrothérapique, n'eurent pas plus de succès.

Je perdis de vue ce malade pendant près de deux ans et ne le revis qu'au printemps dernier. Son état ne s'était pas amélioré. De plus il avait acquis un embonpoint exagéré. J'eus la pensée de l'interroger dans l'hypothèse d'une spermatorrhée. Il me répondit qu'en effet il avait des pollutions nocturnes assez fréquentes, même sans rêve voluptueux, et que la défécation était toujours accompagnée de l'issue par l'urètre de quelques gouttes d'un liquide trouble et filant. Je conseillai la cautérisatrou de l'urètre. M. De-

sormeaux, consulté, constata, à l'aide de l'endoscope, dont il est l'auteur, et me fit constater la présence d'ulcérations granuleuses dans la portion membraneuse de l'urètre. Le malade se rappela alors que le début des accidents avait coïncidé avec la fin d'une blennorrhagie non traitée M. Desormeaux, qui avait déjà vu des phénomènes quasi-hystériques ou hypocondriaques être dus à la seule présence de semblables lésions et disparaître après un traitement purement local. conseilla des cautérisations. Le malade en subit trois; mais un accès de fièvre urétrale vint interrompre le traitement. Sur ces entrefaites il dut quitter Paris, et la suite de la cure fut renvoyée à l'automne. En attendant, et à titre de palliatif des troubles nerveux, je prescrivis le bromure de potassium, des applications de ventouses sèches et quelques précautions hygiéniques.

Aujourd'hui voici trois mois que ce régime est suivi (à l'exception des ventouses qui n'ont été appliquées qu'un petit nombre de fois). Le malade, que jai eu occasion de revoir, a perdu son embonpoint de mauvais aloi, en conservant son volume musculaire normal. Tous ses malaises ont disparu dès les premiers jours de l'emploi du bromure. Les ventouses ont paru utiles. Néanmoins il y a encore issue de liquide séminal pendant la défécation.

Il est bon d'ajouter que ce malade, qui est resté continent pendant ces trois derniers mois, a eu deux ou trois rêves voluptueux accompagnés d'émission spermatique, fait en contradiction avec les propriétés anaphrodisiaques du bromure de potassium.

On peut maintenant demander ce qui arrivera si l'on suspend l'administration du médicament. Celui-ci n'a-t-il pour effet que d'empêcher les actions réflexes éveillées par la lésion, sans agir pour cela sur la lésion elle-même ? C'est ce que semble indiquer dans ce cas la persistance de la spermatorrhée. Cependant si l'on considère que l'une des actions physiologiques du bromure est d'anesthésier l'urètre, et que cette anesthésie est due en partie à une diminution de vascularité de l'organe, on peut supposer que cette modification de la vitalité pourrait à la longue produire l'affaissement et la disparition des granulations.

En tout cas, si mon malade doit subir de nouveau la cautérisation, je suis très-porté à utiliser cette propriété du bromure d'empêcher la manifestation des actions réflexes émanées de l'urètre, contre l'éventualité de la fièvre urétrale. On verra du reste que le bromure a la plus grande analogie d'action avec le sulfate de quinine.

Obs. V. En 1860, j'avais donné des soins à une femme de quarante-quatre ans, bien réglée, mère de plusieurs enfants, constitution moyenne, bonne santé antérieure Depuis cinq ou six mois elle éprouvait des troubles divers : névralgie intercostale gauche. palpitations, céphalalgie, insomnie, dyspepsie, tendance à la tristesse, pleurs sans motif, etc. ; facies grippé ; pas de causes appréciables.

Les lotions et affusions générales froides, et des pointes de feu à

la région dorsale, produisirent une amélioration momentanée ; tous les autres moyens, antispasmodiques, toniques, etc., furent sans effet.

Vers la fin de 1861, je perdis de vue cette dame. Elle est venue me consulter de nouveau il y a environ six semaines; sa situation a empiré : les règles ont disparu depuis dix-huit mois. Elle est toujours dans un état émotif plus ou moins prononcé, sursautant au moindre bruit, redoutant de sortir dans la rue, où elle voit tous les objets colorés en jaune ; tristesse habituelle ; enfin à des intervalles variables, mais ne dépassant jamais un mois, véritables attaques avec des cris violents, pleurs, oppression, constriction gutturale et épigastrique sensation de resserrement dans la partie gauche de l'hypogastre. La moindre fatigue d'esprit, une lettre, un compte, déterminent infailliblement de semblables attaques.

Il serait trop long d'entrer dans le détail des sensations de toute nature accusées par la malade ; on sait l'immense variété qu'elles peuvent présenter en pareil cas. Je mentionnerai seulement la névralgie orbitaire, des douleurs dans les articulations des mains, surtout à droite, dans l'épaisseur de l'avant-bras, qui est, paraît-il, quelquefois le siége d'un gonflement ; sensations alternatives de congestion et de pâleur de la face; pour les membres inférieurs, alternatives de chaleur insupportables et de froid accompagné de frisson, etc. ; craquements articulaires.

A la palpation, divers foyers de névralgie intercostale, trifaciale. Percussion des apophyses épineuses, désagréable ; douleur à la pression sur tout le trajet du nerf radial et une partie du cubital ; idem sur le pisiforme, les saillies osseuses du coude, etc.

Anorexie, constipation, insomnie.

Il y a environ dix-huit mois, j'avais envoyé de Londres, au médecin de cette dame, le conseil de lui donner le bromure de potassium. Cela fut fait, mais le seul résultat obtenu fut le retour complet de l'appétit et, dans une certaine mesure, du sommeil. Ayant appris qu'à cette époque la dose avait été insuffisante, je conseillai de revenir au même médicament.

Voici maintenant près d'un mois que la malade en prend. L'appétit et le sommeil sont parfaits, il y a plus de calme, elle se sent plus maîtresse d'elle-même. Il n'y a pas eu d'attaque. Les diverses sensations douloureuses persistent, mais très-atténuées. Le traitement devra être continué avec adjonction de révulsifs, etc.

On ne fera pas, je pense, difficulté d'admettre que les faits que je viens de citer se rapportent à l'état nerveux. Lorsqu'on prononce le nom de cette maladie, une question se présente naturellement à l'esprit : quel rapport nosologique existe-t-il entre l'état nerveux d'une part et de l'autre l'hystérie et l'hypocondrie ? Quelques auteurs considèrent ces trois états comme distincts ; d'autres, parmi lesquels nous citerons M. Beau (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1859, t. XXIV, p. 750), regardent l'état nerveux comme un pre-

mier degré, tantôt de l'hystérie, tantôt de l'hypocondrie. J'adopte pleinement cette manière de voir, que les faits confirment. Par exemple, la malade de l'observation V est actuellement hystérique; mais au début on ne pouvait lui trouver autre chose que du nervosisme. Qui viendrait indiquer, dans cette série non interrompue de troubles morbides, le moment précis où le nervosisme a disparu pour céder la place à l'hystérie?

Puisque je viens de citer M. Beau, je lui demanderai, après m'être appuyé de son autorité, à combattre une autre de ses opinions. Suivant lui, toute névrose reconnaît pour cause directe l'aglobulie, qui est elle-même un effet de la dyspepsie. Point de névroses sans cet enchaînement. Or sur les cinq malades mentionnés plus haut, quatre n'avaient pas de souffle carotidien; deux n'avaient aucun signe de dyspepsie; un seul était anémique, et nous avons vu les accidents névropathiques subsister après la guérison de l'anémie. Ces faits et un certain nombre d'autres que j'ai pu observer prouvent directement contre la théorie de M. Beau. On lira avec intérêt sur ce point les considérations présentées par M. Axenfeld dans son *Traité des névroses* inséré dans la *Pathologie* de Requin.

C'est là une question de pratique aussi bien que de doctrine. Si en effet on persiste à voir l'aglobulie dans l'étiologie de l'état nerveux, on sera amené le plus souvent à prescrire des ferrugineux. Or nous avons souvent vu le fer être très-nuisible en pareil cas. On en verra plus bas la raison.

Revenons à la nosologie du nervosisme; les divergences des auteurs sur sa délimitation tiennent, je crois, à l'incertitude qui règne sur les conditions immédiates de cet état morbide. Tant qu'on voudra ne s'appuyer que sur l'étude des symptômes si multiples, si changeants, toute classification ne pourra être que conventionnelle.

C'est aux causes qu'il faudrait remonter. Je ne parle point des causes éloignées, qu'on peut trouver dans les différentes conditions hygiéniques (*acta, circumfusa,* etc.), mais bien de l'état local produit par ces causes, état qui est lui-même la cause prochaine des symptômes observés.

Est-il possible de préciser cet état et de substituer enfin aux entités banales imaginées pour expliquer les phénomènes symptomatiques, l'énoncé des conditions organiques d'où dérivent ces phénomènes? Je pense que la physiologie nous le permet dès à présent.

La cause prochaine de l'état nerveux consiste dans un excès de vascularisation et par suite d'excitabilité réflexe d'une certaine partie des centres nerveux. Cet excès de vascularisation chez un même

sujet n'est pas toujours porté au même degré, ce qui explique la non-continuité des phénomènes. L'hystérie et l'hypocondrie correspondent à un degré supérieur d'étendue de ce champ de vascularisation.

Cet état organique est tantôt primitif, c'est-à-dire un effet de l'évolution naturelle de l'organisme, tantôt symptomatique, par voie réflexe, d'actions développées soit dans les centres nerveux eux-mêmes (lésions organiques, passions, etc.), soit dans un organe quelconque (viscère ou autre).

Le malade de l'observation IV est un exemple de ce dernier mode. Maintenant que l'on connaît et les actions réflexes et les nerfs vaso-moteurs, personne ne peut plus songer à attribuer les accidents de la spermatorrhée à la perte de quelques gouttes d'un fluide moins riche après tout que la salive ou le sang.

Quelle est la région des centres nerveux dont les vaisseaux ont perdu de leur tonicité, et par quel mécanisme celle-ci a-t-elle diminué? C'est ce que j'ai essayé d'établir dans un mémoire présenté à l'Académie des sciences au mois de mai dernier, et ce qui dépasserait les bornes d'une simple note. Je reviendrai d'ailleurs sur cette opinion.

Je la rappelle ici parce que l'action thérapeutique du bromure de potassium vient s'ajouter aux autres preuves qui tendent à l'établir. On sait que le principal effet produit par ce bromure est la diminution de la vascularité de la moelle.

A ce titre, comme le fait remarquer M. Brown-Séquard, il diffère complétement de l'opium qui augmente l'afflux du sang dans cet organe. Il diffère pour la même raison du fer. Celui-ci se trouve donc contre-indiqué dans beaucoup de névroses, lors même qu'un état chloro-anémique semble en réclamer l'emploi.

Cette propriété principale du bromure de potassium fait naître l'idée d'une foule d'applications. Il serait intéressant, par exemple, de l'essayer dans la fièvre paludéenne, le tétanos, etc., etc., dans la manie.....

On aurait tort, d'après ce qui précède, de placer dans la matière médicale le bromure de potassium parmi les succédanés de l'opium. Sa place, au point de vue de l'action sur la moelle, serait près de la belladone, du sulfate de quinine, etc. Mais ce qui le rend précieux parmi tous les agents de la médication sédative (narcotiques, stupéfiants, antispasmodiques, etc), c'est qu'à dose narcotique il augmente l'appétit au lieu de le supprimer. Les praticiens savent que le trouble des fonctions digestives est toujours le grand écueil de la sédation.

Il reste à dire à quelle dose se prescrit le bromure : à 1gr,50 par jour, en trois fois. Il faut autant que possible l'administrer dans l'état de vacuité de l'estomac. On peut porter graduellement la quantité de ce sel jusqu'à 5 grammes par jour ; mais il est prudent de ne commencer que par les doses faibles, parce que certains malades éprouvent, au début, de la somnolence et de l'engourdissement des membres.

Le mode d'administration le plus commode est une solution au dixième (eau ou infusion amère). Dans ce cas la cuillerée à café représente 50 centigrammes ; on la fait prendre dans un demi-verre d'eau.

Ce petit travail peut, je pense, se résumer dans ces quatre propositions :

1° En nosologie, les divers symptômes groupés sous le nom d'*état nerveux* ou *nervosisme* doivent être réunis à l'hystérie et à l'hypocondrie (telle que les comprenaient les anciens) : toutes ces affections reconnaissent une même cause prochaine ;

2° Cette cause prochaine est l'*excès* de vascularité d'une portion des centres nerveux ;

3° Le bromure de potassium, ayant pour effet de *diminuer* la vascularisation des centres nerveux, se trouve par conséquent le médicament le mieux approprié aux névroses susdites ;

4° Sa propriété d'exciter les fonctions digestives le fait distinguer de la plupart des autres médicaments, en ce qu'il est à la fois sédatif et tonique reconstituant.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Quelques réflexions sur les brûlures chez les enfants.

Par M. P. Guersant, chirurgien des hôpitaux.

Sans vouloir rappeler tout ce que les auteurs classiques ont observé et décrit sur les brûlures en général, nous devons dire que, chez les enfants, ces lésions présentent les différents degrés qu'on rencontre chez les adultes, mais qu'elles sont plus fréquentes et plus graves qu'à tout autre âge de la vie. Les enfants sont plus souvent atteints de brûlures, à cause de leur imprudence, de leur imprévoyance ou de celle des personnes qui les entourent. Les plus petits, au moment où ils sont atteints, ne peuvent rien par eux-mêmes pour échapper à l'accident dont ils sont victimes ; ceux qui

sont plus grands s'agitent sans rien faire d'utile, et souvent, en fuyant, ne font qu'activer l'action du feu, si un corps en ignition a enflammé leurs vêtements. Il en résulte que les enfants sont brûlés souvent sur une très-large surface du corps, et que quelquefois même la brûlure est presque générale.

Il n'y a pas d'année qu'on n'amène à l'hôpital des Enfants un grand nombre de petits brûlés presque sur toute la surface du corps, ou au moins sur une grande étendue. La plupart de ces enfants se brûlent en l'absence de leurs parents, et quelques-uns meurent avant d'avoir eu du secours.

La plupart de ces brûlures, qui, par leur étendue, tuent quelquefois les enfants en vingt-quatre ou quarante-huit heures, ont lieu par un feu de cheminée, de poêle ou de réchaud, et souvent par des allumettes chimiques que les enfants enflamment pour s'amuser.

On rencontre chez ces malheureux petits brûlés tous les degrés, depuis la brûlure la plus légère jusqu'à la carbonisation. Les uns ont des brûlures partielles dans une région du corps, d'autres dans une étendue très-considérable. Les cas dans lesquels la brûlure est circonscrite sont toujours douloureux et demandent du temps pour guérir; mais les brûlures très-étendues en surface, même superficielles au second degré, jettent souvent les petits enfants dans une prostration profonde, qui les rend insensibles, et quelquefois déterminent des convulsions qui amènent rapidement la mort; d'autres moins brûlés, quelques-uns plus âgés, résistent plus ou moins longtemps et finissent souvent par mourir, épuisés par la souffrance et la suppuration.

Le pronostic des brûlures chez les enfants est donc peu grave, si elles sont superficielles et peu étendues. Mais lorsqu'elles occupent une large surface du corps, toute la face, toute l'étendue d'un membre, il est, toutes choses égales d'ailleurs, plus grave chez les enfants que chez les adultes : car ils résistent moins à la douleur; plus ils sont jeunes, plus il y a à redouter les convulsions; si une longue suppuration survient, ils y résistent avec peine; ajoutez qu'ils redoutent tous les pansements douloureux, et que très-souvent chez eux on n'obtient que des cicatrices irrégulières, parce qu'ils se prêtent mal aux moyens qui pourraient les faire éviter.

Les brûlures superficielles peu étendues guérissent souvent très-bien, mais laissent toujours quelques cicatrices apparentes. Les brûlures profondes, qui, d'une part, guérissent avec beaucoup de lenteur, laissent toujours après elles, quoi qu'on fasse, des cicatrices plus ou moins irrégulières, des brides, etc.

La marche des brûlures est extrêmement longue; elle est souvent entravée par des complications d'inflammations intestinales ou bien pulmonaires. La débilité, qui survient par suite de l'abondance de la suppuration, retarde la guérison.

Traitement. — Les nombreux moyens conseillés pour les brûlures sont les mêmes pour les enfants que pour les adultes. Le traitement doit être local et général, il doit varier suivant les principales époques de la brûlure :

1° Aussitôt après l'accident ;

2° A l'époque de l'élimination des parties détruites;

3° A l'époque de la suppuration ;

4° Au moment de la cicatrisation ;

5° Au moment où des brides se forment ;

6° Enfin, lorsque les brides sont formées.

Sur ces six points, je ne répéterai pas tout ce qui est dit en général dans les ouvrages classiques, je me bornerai à dire ce qui m'a réussi chez les enfants :

1° Aussitôt après l'accident, que la brûlure soit circonscrite dans un point, ou qu'elle soit générale, ou bien étendue à une partie considérable du corps, nous employons d'abord les réfrigérants sous différentes formes. Nous rejetons les remèdes nombreux employés par le peuple; tout ce qui est froid est utile.

L'eau fraîche, dans laquelle on plonge la partie brûlée : ainsi pour la main, le pied, ce moyen est très-pratiquable. Lorsqu'on ne peut employer l'immersion, on fera des applications de compresses imbibées d'eau fraîche, de glycérine, sur la partie malade ; il faut les renouveler souvent, ou bien on aura recours à l'apposition d'une vessie remplie d'eau, aux irrigations, aux lavages, etc., suivant la région où siége la brûlure. Lorsque les brûlures sont produites par des caustiques, la potasse, l'azotate d'argent, le phosphore, l'eau ne doit pas être mise en usage, il faut employer l'huile. Après les réfrigérants de plusieurs espèces qu'on peut employer, je ne connais rien de préférable, pour agir à la fois et comme réfrigérant et comme calmant, à l'emploi topique du liniment suivant :

Décoction de feuilles de laitue...........	150 grammes.
Amandes douces.......................	6 grammes.
Amandes amères......................	2 grammes.

Mêlez et triturez suivant l'art; ou bien l'usage du liniment *oléocalcaire*.

Huile d'amandes douces................	60 grammes.
Eau de chaux..........................	500 grammes.

On l'étend sur la partie brûlée avec uu pinceau, plusieurs fois dans le jour et la nuit.

Un moyen généralement conseillé et qui nous a réussi est d'employer la ouate afin de mettre la brûlure à l'abri du contact de l'air; mais en usant de ce moyen, qui constitue un pansement qu'on ne lève qu'au bout de quelques jours, il ne faut pas négliger, en appliquant cette ouate non gommée, de couvrir d'abord la brûlure d'un linge enduit de cérat ou de glycérine, et d'apposer la ouate par-dessus; cela permet d'enlever facilement le premier pansement, ce qui serait très-douloureux sans cette précaution.

2° A l'époque de l'élimination des parties détruites (on peut exciser l'épiderme qui se détache, enlever les eschares qui s'éliminent), les réfrigérants peuvent être remplacés par un pansement soit avec la ouate, comme celui que je viens d'indiquer, soit avec de la charpie appliquée de la même manière, le linge étant toujours enduit de cérat, de glycôme, ou de glycérolé d'amidon, avec addition d'extrait de Saturne ou bien de quelques gouttes de laudanum; ou mieux encore on arrose la charpie d'un mélange d'eau chlorurée, qui a l'avantage de faire disparaître la mauvaise odeur qui existe à cette époque. Ce genre de pansement est employé très-peu de jours quand la brûlure est très-superficielle; dans les cas où l'épiderme enlevé laisse au-dessous une suppuration légère, quelques jours suffisent; mais quand la brûlure intéresse l'épaisseur de la peau, les muscles, etc., la suppuration ne cesse pas aussi vite et dure plus ou moins longtemps.

3° A l'époque de la suppuration, si surtout elle persiste, il est important d'insister sur l'eau chlorurée. Pour moi, tous les moyens nouvellement conseillés n'ont pas d'autres avantages que l'eau additionnée de chlorure d'oxyde de sodium liquide qui modifie très-bien la plaie, diminue la suppuration et agit contre l'odeur. Dans quelques cas, des liniments alcoolisés, dont on imprègne la charpie, peuvent être employés.

A cette époque, en ayant soin, le pansement étant bien fait, de l'arroser de temps en temps d'eau chlorurée, nous ne fatiguons pas les enfants de pansements; nous ne les faisons que tous les deux jours; de cette manière on leur évite des cris, des agitations qui quelquefois sont cause de convulsions. Lorsqu'il s'agit de brûlures très-étendues surtout, ce moyen est indispensable.

Il est souvent très-important de remplacer les pansements ordinaires par l'usage de poudres, amidon, farine de riz, tannin, quinquina, sur les parties génitales, la verge, le scrotum, la vulve, par-

ties où il est impossible de maintenir des pansements ; on fait tous les jours une ablution pour faire tomber les poudres de la veille et on saupoudre de nouveau. Dans les brûlures du pourtour de l'anus, il est bon d'introduire souvent des suppositoires de beurre de cacao et même des mèches de charpie, dans le cas où on aurait à redouter le resserrement de cette ouverture naturelle.

Nous ajouterons que pour les larges brûlures du tronc, nous modifions le pansement afin d'éviter de faire souffrir plus ou moins longtemps nos petits malades. Nous avons pris le parti, pour ces brûlures étendues et presque générales, de coucher les enfants sur un drap saupoudré d'amidon ou de farine de riz, ou de fécule de pomme de terre, de manière que les brûlures soient constamment recouvertes de poudre qui absorbe la suppuration ; il se forme ainsi des croûtes qui se détachent en remuant l'enfant chaque fois qu'on veut le soupoudrer ; de cette manière on leur cause à peine de la douleur, le pansement se fait promptement, les brûlures sont moins longtemps exposées à l'air, comme cela a lieu pendant le pansement ordinaire ; les croûtes qui se forment se détachent seules, et la cicatrice se fait au-dessous, plus ou moins rapidement ; quelquefois, pour hâter la cicatrisation, nous mettons un mélange de poudre de tan et de quinquina.

Il est avantageux, lorsque les enfants souffrent beaucoup, de ne pas les mettre sur un lit ordinaire avec un drap, mais bien de les coucher dans une longue boîte de son ; ils sont là comme les chrysalides dans du son, et les pressions sur eux sont presque nulles.

4° Au moment de la cicatrisation, les pansements, qui jusque-là doivent être faits d'une manière très-légère et sans constriction, doivent être modifiés.

On continue l'application des linges fenestrés enduits de cérat ; mais les compresses et les bandages doivent être appliqués d'une manière assez ferme, et surtout, dans le but d'éviter les rétractions, il faut empêcher par des corps dilatants les ouvertures naturelles de se fermer, il faut tenir les paupières écartées, les narines ouvertes ; la vulve et l'anus doivent être entretenus ouverts par des mèches ; il faut donner différentes positions, suivant le siége de la brûlure. Pour la partie antérieure et postérieure du tronc, on doit mettre autant que possible les parties dans une rectitude parfaite ; pour le cou, l'incliner soit en avant, soit en arrière, soit sur les côtés, suivant qu'on veut éviter des rétractions dans tel ou tel sens ; pour les membres, les tenir à l'aide de bandages, de coussins, d'attelles, rapprochés ou écartés du tronc, les maintenir dans la flexion ou

l'extension, suivant le côté où l'on veut avoir une cicatrice large; pour les doigts, les tenir écartés à l'aide de palettes, afin d'éviter les adhérences entre eux; il faut aussi éviter que les doigts se cicatrisent fléchis dans la main; il importe, dans tous ces cas, de disposer les bandages de manière à diminuer les souffrances des enfants, tout en s'appliquant à bien remplir les indications. Il convient d'ajouter qu'on doit tantôt hâter la cicatrisation, en imbibant la charpie de liquides toniques qui peuvent faire avancer le développement des bourgeons charnus, tantôt les réprimer avec le nitrate d'argent ou bien avec des poudres plus ou moins astringentes et toniques, quinquina, tannin, alun; dans certains cas, on peut accélérer la cicatrisation en faisant des pansements par occlusion, qu'on ne change que tous les trois et même quatre jours, comme s'il s'agissait d'un ulcère.

5° Au moment où des brides tendent à se former, il faut redoubler de soin dans le pansement et avoir le courage, bien que cela soit pénible pour les enfants, de combattre la tendance à la rétraction en insistant sur les bandages convenables pour étendre les brides, et même quelquefois de les déchirer doucement pour éviter leur formation.

6° Enfin, lorsque les brides sont formées, il est nécessaire, à une époque plus ou moins éloignée, lorsque les cicatrices sont complètes, de les détruire par des incisions transversales, ou bien de les inciser et faire des lambeaux qu'on fait glisser pour rendre l'extension ou la flexion auxquelles ces brides s'opposeraient. Dans certaines brûlures de la face, il faut ouvrir les narines qui sont oblitérées et faire porter longtemps des canules. Alors ces opérations douloureuses, très-différentes suivant les cas, réclament l'emploi du chloroforme et nécessitent ensuite des pansements très-pénibles à l'aide de plusieurs bandages variés (c'est dans ces circonstances, où le malade souffre beaucoup, que le chirurgien doit avoir la fermeté de ne pas se laisser émouvoir par les cris des enfants); les moyens qui combattent le retour des brides doivent être prolongés très-longtemps; ils seront continués même après parfaite cicatrisation, car on doit toujours redouter les récidives.

Nous n'avons parlé que du traitement local; mais le traitement général est des plus importants. Dans les débuts, les moyens antiphlogistiques généraux peuvent être utiles; les antispasmodiques et les narcotiques sont souvent indiqués; enfin, dans bien des cas, lorsque la suppuration a débilité les malades, les toniques sont indispensables : il y a des circonstances où le quinquina, le vin, doivent être prescrits.

Il faut, en un mot, que le traitement général varie suivant les diverses époques des brûlures et suivant les indications; dans ces cas, le chirurgien doit être médecin afin de mener les malades à guérison complète.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Nouveau procédé pour la recherche de l'iode et des iodures dans les liquides.

Par M. DEGAUQUIER.

Bien des procédés ont été préconisés; tous sont incomplets, en ce qu'ils ne peuvent déceler des quantités infinitésimales d'iode.

Le procédé que j'emploie, d'une sensibilité remarquable, est fondé sur la grande solubilité de l'iode dans le sulfure de carbone. D'après les expériences auxquelles je me suis livré et que j'énumérerai plus bas, je suis parvenu à constater des quantités d'iode pour ainsi dire incalculables.

Voici comment j'opère : 5 grammes du liquide supposé contenir des iodures sont placés dans un tube à expérience. On verse dans ce liquide deux à cinq gouttes d'un mélange à parties égales d'acide nitrique pur à 36 degrés et d'hypochlorite calcique liquide concentré de la nouvelle pharmacopée belge. Ce mélange a pour but d'isoler l'iode de ses combinaisons. Si le liquide à analyser est incolore et qu'il contienne des iodures en abondance, il prend instantanément, sous l'influence de la liqueur chlorurée, une teinte jaunâtre due à l'iode mis en liberté; si au contraire il en contient une très-minime quantité, la liqueur ne se modifie pas quant à sa coloration. On verse alors dans le mélange des deux liquides (liquide à analyser et liqueur chlorurée) 2 ou 3 grammes de sulfure de carbone pur, on agite vivement, la liqueur se trouble; bientôt des gouttelettes rosées disséminées dans la masse liquide se rassemblent sur les parois du tube, puis gagnent le fond, où elles forment une couche plus ou moins épaisse et dont l'intensité de coloration est en rapport direct avec la quantité d'iode contenue dans le liquide soumis à l'analyse. Cette couche rosée est formée par le sulfure de carbone tenant l'iode en solution, et qui se rassemble au fond du tube par suite de sa densité et de son insolubilité dans l'eau.

On peut décanter le liquide aqueux qui surnage la couche iodurée et traiter celle-ci par une solution d'amidon, qui prendra instantanément une coloration bleue caractéristique de l'iodure d'amidon,

coloration que la chaleur fera disparaître et qui reparaîtra par le refroidissement.

Je me suis livré à des expériences sur des solutions aqueuses d'iodure de potassium, et sur l'urine d'un de nos malades prenant 70 centigrammes d'iodure de potassium par jour.

J'ai opéré 1° sur 5 centigrammes d'iodure de potassium dissous dans 500 grammes d'eau distillée; 2° sur 5 centigrammes d'iodure de potassium dissous dans 1,000 grammes d'eau distillée; 3° sur 5 centigrammes du même iodure dissous dans 2,000 grammes d'eau distillée. Il est à remarquer que pour chaque expérience je ne prenais que 5 grammes de chaque solution.

Les trois expériences suivantes furent faites sur l'urine que le malade avait expulsée trois quarts d'heure après l'ingestion de l'iodure ; la quantité d'urine s'élevait à 264 grammes :

1° Sur 5 grammes de ladite urine; 2° sur 2gr,50 dissous dans 2gr, 50 d'eau distillée, et finalement sur trois gouttes, toujours de la même urine, dissoutes dans 5 grammes d'eau distillée. Je n'ai aucun insuccès à signaler.

Sur le dosage par gouttes du laudanum de Sydenham et du laudanum de Rousseau.

Le Codex de 1818 supposait que vingt gouttes du laudanum de Rousseau pesaient 1gr,10, tandis que vingt gouttes du laudanum de Sydenham pesaient seulement 0gr,75. Malgré les observations qui furent faites, les mêmes chiffres furent reproduits dans celui de 1837.

A cette occasion, M. Guibourt fit une expérience comparative dans laquelle il trouva que vingt gouttes de laudanum de Sydenham, tombées d'un flacon de 500 grammes, pesaient en moyenne 1gr,13, tandis que, retirées d'un flacon de 4 à 8 grammes, elles pesaient seulement en moyenne 0gr,67. Par une anomalie singulière, vingt gouttes de laudanum de Rousseau pesaient également en moyenne 0gr,77. Depuis cette époque, M. Guibourt s'est également aperçu que, même tombées d'un même flacon, le poids moyen des gouttes variait suivant que le flacon était plus ou moins plein.

Pour remédier à l'inégalité des gouttes retirées des flacons, on a proposé l'emploi de petits instruments nommés *compte-gouttes*. L'usage de ces petits instruments offre deux inconvénients : d'abord il faudrait en avoir autant que de liquides à diviser, car il est très-difficile de les laver exactement; en outre, les gouttes qu'ils débi-

tent sont tout au plus égales à la moitié de celles qui tombent d'un flacon de pharmacie.

M. Guibourt, désirant fixer la valeur moyenne des gouttes qui tombent des flacons de pharmacie, a expérimenté avec quatre flacons bouchés en verre, de la contenance de 650, 250, 125 et 50 grammes, tour à tour pleins et presque vides, et en opérant successivement avec quatre liquides représentant les variations à peu près extrêmes des deux laudanums.

Cette expérience lui a donné comme résultat :

Poids moyen d'une goutte de laudanum de Sydenham..	0gr,048
— — — de Rousseau...	0 043

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Note sur les inhalations d'oxygène dans le traitement du diabète.

J'ai eu deux fois l'occasion d'employer les inhalations d'oxygène dans le traitement du diabète sucré, d'après les indications que m'a données M. le docteur Demarquay ; les résultats que j'en ai obtenus m'ont satisfait, et si mes expériences n'ont pas été assez nombreuses ni assez variées pour arrêter parfaitement mes idées sur la valeur absolue et relative de ces inhalations, l'amélioration que j'ai constatée sur mes deux malades me paraît néanmoins de nature à faire regarder favorablement le moyen thérapeutique que m'a suggéré le sagace chirurgien de la Maison municipale de santé, et à pousser vers de nouveaux essais qui jugeront définitivement la question.

Si je ne puis formuler d'après mes deux observations une conclusion très-précise touchant l'action de l'oxygène dans le diabète, néanmoins je crois qu'il y a un certain intérêt à donner le résumé de ce que j'ai observé.

Je me suis servi de gaz oxygène préparé soit par M. Grassi, soit par moi-même d'après le procédé employé à la Maison municipale de santé (décomposition du chlorate de potasse par la chaleur et purification par l'eau de chaux). J'ai employé pour son administration l'appareil très-ingénieux qu'a construit M. Galante, et j'ai pu, grâce à cet appareil très-simple, doser avec une précision parfaitement satisfaisante les quantités de gaz que j'ai administrées, soit pur, soit mélangé à l'air atmosphérique en proportions déterminées.

Chez mon premier malade, l'analyse de l'urine de digestion donnait, le 9 décembre 1863, les indications suivantes : coloration

pâle; acidité conservée longtemps après l'émission; liquide moussant abondamment par l'agitation, ayant une densité de 1,034, contenant 13gr,60 de glycose par litre.

Je prescrivis une inhalation de quinze litres d'oxygène mêlé par parties égales avec l'air atmosphérique, aussitôt après le repas du matin. L'action physiologique fut nulle, au point que le malade crut avoir respiré de l'air ordinaire. Après le repas du soir, même inhalation. L'urine de cette digestion est d'une densité de 1,031 et contient 9gr,50 de glycose.

Le 10 décembre, inhalation de vingt litres d'oxygène mêlé d'un tiers d'air atmosphérique. Répétition le soir. L'urine de cette digestion a une densité de 1,028 et contient 8gr,20 de glycose.

Le 11 décembre, inhalation de vingt litres d'oxygène pur, matin et soir. L'urine a 1,025 de densité et contient 7 grammes de glycose. Le malade n'éprouve plus ces fatigues insolites et cette soif vive qu'il ressentait pendant la période digestive.

Le 12 décembre, inhalation de vingt litres d'oxygène pur, matin et soir. Densité de 1,024, 5gr,40 de glycose.

Le 13 décembre, même prescription; densité de 1,022, 4 grammes de glycose.

14, 15, 16 décembre, même prescription; l'urine descend jusqu'à 1,020 et ne contient plus que 2gr,60 de glycose.

Le malade cesse ses inhalations et quitte Paris pour quelque temps. J'ai appris depuis que, quelques jours après, les proportions de glycose avaient augmenté de nouveau sous l'influence de fréquents écarts de régime; néanmoins, au mois de janvier, son urine ne contenait encore que 5 à 6 grammes de glycose par litre.

Chez le second diabétique, je fis faire, le 2 janvier 1864, une inhalation de vingt litres d'oxygène mêlé par parties égales avec l'air atmosphérique; aucun effet physiologique; diminution de la densité de l'urine, qui était de 1,035, et contenait 24gr,50 de glycose.

Jusqu'au 16 janvier, inhalations journalières d'oxygène pur, à la dose de vingt litres par jour. La densité de l'urine est tombée à 1,030 et les quantités de glycose à 12gr,20.

Le malade, n'éprouvant plus cette soif ardente et la fatigue accablante à certaines heures de la journée, cesse de faire les inhalations d'une manière régulière; il a essayé quelquefois depuis de respirer jusqu'à cinquante litres d'oxygène en plusieurs fois dans la journée sans jamais en avoir été incommodé, et chaque fois il a noté un abaissement de la densité de son urine.

Quelque incomplètes qu'elles soient, ces deux observations me

semblent cependant avoir leur signification; en effet, sous l'influence des inspirations d'oxygène, les quantités de glycose ont diminué assez rapidement, et cela pouvait être prévu à l'avance, puisqu'il paraît bien démontré aujourd'hui que, dans le diabète, tout ce qui donne au mouvement vital une certaine activité réagit d'une manière favorable sur la sécrétion du sucre urinaire.

Je crois donc que c'est en activant l'énergie du mouvement vital, en augmentant le champ d'hématose du poumon, en favorisant la destruction du sucre dans cet organe que l'oxygène rend de bons services dans le traitement du diabète. Il donne au malade le bénéfice d'une large combustion des principes hydro-carbonés du sang sans l'obliger aux mouvements, à l'exercice qu'il serait obligé de faire pour arriver à ce résultat dans les conditions ordinaires de la vie.

Si la théorie de la glycosurie morbide est encore entourée d'obscurités profondes, il résulte au moins des nombreuses recherches qu'on a faites de nos jours sur le diabète, que les indications thérapeutiques de la maladie sont bien déterminées :

1° Diminuer l'ingestion des matières facilement transformables en sucre ;

2° Augmenter et favoriser la consommation du sucre produit dans l'organisme. Or, l'oxygène se présente tout d'abord à l'esprit comme un des agents de la seconde indication, et les deux faits que je rapporte étant confirmatifs de cette idée, il y aura un intérêt incontestable dans l'avenir à vérifier par des observations plus nombreuses et plus précises que les miennes l'action réelle de l'oxygène dans le traitement du diabète.

Il serait tout à fait inexact, je crois, de penser que l'oxygène guérit le diabète. Non-seulement les observations déjà recueillies n'autorisent pas cette conclusion, mais encore le mode d'action que l'on prête à l'agent thérapeutique qui nous occupe, montrant qu'on n'agit avec lui que sur un des effets de la maladie, fait supposer *à priori* qu'il n'atteint l'affection que dans ses manifestations symptomatiques et non dans son essence. Néanmoins, comme il est incontestable que la présence d'une grande quantité de sucre dans le sang est une condition fâcheuse, et comme, probablement, c'est à cette abondance exagérée que sont dus certains phénomènes graves (amaurose, anthrax, gangrène diabétiques), on peut rationnellement espérer que les inhalations d'oxygène détruisant plus ou moins complétement le sucre au moment de son passage dans le poumon, empêcheront d'aller agir puissamment, comme agent toxique, à

l'extrémité des capillaires artériels ; et, par conséquent, préviendront ou ralentiront au moins les manifestations graves dont la maladie s'accompagne à une certaine période.

Mais, si les deux observations que j'ai suivies me poussent à considérer les inspirations d'oxygène comme utiles dans le traitement du diabète, il ne faut pas se dissimuler que des faits aussi peu nombreux et aussi incomplets sont tout à fait insuffisants pour fixer l'opinion en dernier ressort. C'est seulement une présomption de plus qu'on peut en tirer. Dans tous les cas, j'ajouterai que l'innocuité de la méthode me paraît de nature à faire tenter sans hésitation et avec confiance de nouvelles expériences, qui, j'espère, seront corroboratives des deux faits que j'apporte aujourd'hui.

J'ai obtenu aussi, à trois reprises différentes, chez d'autres diabétiques, d'excellents résultats de la teinture d'iode à la dose de cinq à dix gouttes par jour dans un verre d'eau, mais je réserve ces faits pour un travail ultérieur dont je recueille en ce moment les éléments.

Dr Bérenger-Féraud,
Chirurgien de 1re classe de la marine.

De la dyspepsie hypercrinique ou pituiteuse et de son traitement.

Aucune des formes admises et décrites plus haut [1] n'a manqué de symptômes saillants propres à la faire reconnaître et distinguer non-seulement de tout autre état morbide, mais encore des formes de dyspepsie les plus voisines.

Il en est de même de celle qu'il nous reste à indiquer. Le signe propre, essentiel, n'est plus la flatulence, la douleur, l'acidité, la lenteur, la suractivité digestive, la syncope : c'est la production dans l'estomac et le rejet de liquides clairs, albumineux, glaireux, ou simplement aqueux, s'accomplissant loin de la digestion, un peu avant ou après elle. Sans autre trouble digestif que celui-là, le malade est pris de malaise, auquel il est bientôt accoutumé, de nausées et de vomissements liquides ; après quoi le soulagement est obtenu et la digestion suit son cours, car il est rare que, dans cette sorte de choix de l'estomac, les aliments accompagnent le rejet de la pituite. Nous parlons, bien entendu, de la dyspepsie pituiteuse essentielle.

Si, le plus ordinairement, les matières pituiteuses sont rejetées avec facilité et abondance ; s'il suffit parfois de l'acte du lever matinal, de la simple expectoration d'un crachat, pour qu'à l'instant

---

(1) Voir la livraison du 15 août, p. 125.

l'estomac se vide d'une quantité plus ou moins considérable de liquide qui s'y est accumulé pendant le sommeil, d'autres fois le rejet ne s'en fait qu'après des efforts violents, douloureux, pendant lesquels le patient perçoit des craquements dans la paroi thoracique, dus sans doute à l'exagération, à l'instantanéité des contractions musculaires et des mouvements costaux. Ce symptôme se montre surtout pour les dernières et plus faibles portions du liquide, devenu intolérable après avoir été si longtemps supporté.

Quelques personnes ont plusieurs accès de pituite par jour, avant ou après les repas. Il en est d'autres qui, ayant rendu leur pituite matinale, sont quittes de tout vomissement pour la journée, bien que conservant à la région épigastrique une sensation de plénitude, de ballottement; il leur semble que la matière alimentaire flotte dans un liquide inerte qui entrave la digestion, et qu'elle ne s'en dégage que péniblement et peu à peu. J'ai connu des malades auxquels ces diverses impressions arrivaient principalement quand la crise matinale avait été troublée ou incomplète.

Nous avons vu, dans l'examen des causes, que l'usage des alcooliques à jeun était considéré comme la prédisposition la plus certaine de cette bizarre affection, qui, loin d'être rare, s'observe fréquemment, et dont les recueils d'observations fournissent des exemples. Cependant, elle n'est pas étrangère aux personnes les plus tempérantes.

D'où vient ce liquide, et qu'est-il ?

Notre instruction est encore à faire sur ce point. L'estomac en est la source, c'est très-vrai; mais où le secrète-t-il ? Est-ce dans ses glandes muqueuses; et alors ne serait-ce qu'une hypersécrétion muqueuse, et la présence d'un liquide impropre à la digestion provoquerait-il les contractions et le refus du ventricule ? C'est une question qui demande à être élucidée.

Nous inclinons à penser que cette affection doit être rangée dans la catégorie des névroses avec hypersécrétion, du genre de celles que M. le docteur Cahen a récemment fait connaître dans un mémoire récompensé par l'Académie des sciences [1]. Ce serait donc moins dans l'estomac même qu'il faudrait chercher la cause du trouble fonctionnel que dans les plexus et autres éléments nerveux qui alimentent le viscère et ses glandes.

Jusqu'à ce que la lumière se fasse plus complétement sur ce point obscur de la pathologie, et pour y aider autant qu'il est en notre

---

[1] *Des névroses vaso-motrices et de leur traitement.*

pouvoir, nous avons institué diverses expériences, desquelles il résulterait que le liquide rendu le matin ou pendant la vacuité de l'estomac présente une réaction alcaline, se putréfie rapidement, ne coagule pas le lait à chaud, et exerce une action sensiblement dissolvante sur la fibre musculaire ; que celui qui est rejeté peu après le repas a une odeur moins désagréable, une réaction acide, est moins putrescible et coagule le lait à chaud (1).

Nous voyons donc déjà par là que, selon que la crise pituiteuse s'effectue à jeun ou pendant les digestions, le liquide rejeté est al-

---

(1) Voici quelques détails sur ces expériences, qui ont été entreprises avec le concours éclairé de M. Dominé, inspecteur de la pharmacie, à Laon :

1re EXPÉRIENCE (3 juin 1863 ; chaleur modérée).

Liquide A (à jeun. — Aspect lactescent, trouble ; odeur animale, repoussante ; réaction alcaline ; se putréfie rapidement ; ne coagule pas le lait à chaud.

Liquide B (rendu peu après le repas). — Même aspect ; odeur faible, non désagréable ; réaction acide ; reste à peu près inodore ; coagule le lait à chaud.

2e EXPÉRIENCE (10 et 12 juillet 1863 ; temps très-chaud).
Faite sur deux échantillons de pituite matinale recueillie à deux jours d'intervalle.

Les deux liquides sont fortement alcalins ; odeur fade, analogue à celle du ferment lactique ; la filtration est facile et donne un liquide incolore qui, soumis à l'évaporation au bain-marie jusqu'à siccité, laisse un résidu jaunâtre complétement insoluble dans l'éther, très-peu soluble dans l'alcool, qui lui enlève assez de chlorure et de phosphate pour précipiter abondamment par l'azotate d'argent.

Soumise à l'action de l'eau distillée, cette substance, évidemment de nature albumineuse, s'hydrate et augmente de volume ; mais elle ne reproduit qu'incomplétement le liquide primitif. La propriété franchement alcaline n'en est nullement amoindrie.

Les deux liquides sont sans influence sur le lait et ne se putréfient pas rapidement.

3e EXPÉRIENCE (6 novembre 1863).

Liquide matinal ou jéjunal. — Réaction comme ci-dessus ; de plus, trouble sensible avec les bisels de mercure (bichlorure), analogue à l'action de l'albumine sur les sels de mercure, avec lesquels elle forme le composé étudié par M. Mialhe.

Le contact de la chair musculaire du bœuf avec ce liquide produit promptement :

1° La décoloration de la fibrine et la dissolution de la matière colorante (hématosine) du sang, qui rougit le liquide ;

2° La désagrégation et le ramollissement de la fibrine, qui devient spongieuse et semble évidemment propre à l'assimilation, sans arriver à se dissoudre.

4e EXPÉRIENCE (30 décembre 1863).

Liquide matinal. — Mêmes réactions que plus haut ; mis en contact avec la fibrine des viandes rouges (bœuf et mouton), il la désagrége rapidement en la

calin, possède des traces d'un principe animal fermentifère, mais dépourvu de la présence de l'acide qui lui est indispensable, ou qu'il offre une réaction et des propriétés franchement acides, avec absence du principe fermentifère sans doute acaparé par l'élaboration digestive. Or, si l'on a présents à la pensée nos aperçus physiologiques relatifs au rôle important et à la composition du suc gastrique, on admettra sans peine que, dans les deux cas, ce liquide constitue un corps inerte, inutile et pathologique, contre lequel la sensibilité de l'estomac se révolte à propos, j'allais dire avec intelligence.

Quant à la périodicité de la reproduction du trouble physiologique, elle n'a rien qui doive plus nous étonner que celle de la plupart des névroses connues, avec ou sans exagération de sécrétion, les névralgies, l'hystérie, etc.

Ajoutons à ces premières données, qui ont déjà leur importance, que la dyspepsie hypercrinique est le plus souvent héréditaire; qu'elle s'observe parfois chez tous les membres d'une même famille; qu'elle est très-fréquente et en quelque sorte endémique dans certaines contrées, sans que l'on puisse en préciser toujours exactement la cause, aussi bien chez la femme que chez l'homme, chez les jeunes gens que chez les personnes âgées; qu'elle se dissipe souvent à l'apparition d'une autre névrose, mais surtout d'un état fluxionnaire, ou d'une sécrétion exagérée d'un appareil plus ou moins éloigné; enfin, qu'elle est loin d'être toujours l'avant-coureur d'une affection organique de l'estomac, comme quelques médecins le disent un peu à la légère, sur cette observation que souvent le squirrhe de l'estomac est précédé ou accompagné de pituite. En effet, en pareil cas, n'est-il pas de règle de constater les formes les plus connues de la dyspepsie sans qu'on soit fondé davantage à dire que la dyspepsie a produit le cancer stomacal ? Si donc on rapproche ces diverses remarques, on a un ensemble de circonstances étiolo-

---

ramollissant et en la transformant en une matière molle qui est comme un premier degré vers l'assimilation.

5e EXPÉRIENCE (13 janvier 1864).

Liquide matinal chez le même sujet. — Semblables réactions; seulement, le contact avec la fibrine produit un résultat plus lent et moins énergique.

6e EXPÉRIENCE.

Liquide salivaire matinal étudié comme point de comparaison. — Odeur fort désagréable, analogue à celle des liquides putrescibles; action à peine sensible sur le papier de tournesol; alcalin plutôt qu'acide; ne coagule pas le lait; contact avec la fibrine musculaire à peu près indifférent.

giques et séméiologiques qui, en resserrant la question dans des limites plus définies, permettront de la mieux embrasser et de la résoudre, tôt ou tard, avec satisfaction au point de vue de la science non moins qu'à celui de la pratique.

Sans me bercer d'une trop grande confiance, je puis assurer avoir tiré déjà un avantage sensible de ces données cliniques et expérimentales, qui rentrent pleinement dans le plan de cette médecine sagement progressive à laquelle l'éminent professeur du Collége de France, M. Cl. Bernard, consacre les plus louables efforts.

Traitement. — Moins fâcheuse à tous les points de vue que la boulimie, cette forme offre pourtant avec celle-ci une analogie notable quant aux résultats du traitement. A l'état aigu ou chronique peu ancien, la pituite cède assez promptement à l'usage d'un ou deux purgatifs, de quelques poudres absorbantes, d'un régime sévère et sec, c'est-à-dire peu chargé de liquides.

La forme chronique ancienne est susceptible de soulagement, d'atténuation, d'interruption dans ses manifestations; mais de guérison, non, ou rarement. Ici encore, les purgatifs un peu énergiques donnés quand la pituite revient avec quelque persévérance, produisent d'assez bons effets. Une formule que j'emploie aujourd'hui de préférence, parce qu'elle m'a procuré des résultats presque constants, est la suivante pour les adultes :

Crème de tartre soluble..................	12 grammes.
Magnésie décarbonatée....................	de 4 à 8 gr.
Poudre de jalap..........................	de 1 à 2 gr.

M. S. A. à prendre en une fois et à répéter, deux jours plus tard, si l'effet a été incomplet.

Les différentes poudres absorbantes, le fer uni à l'extrait de fiel de bœuf, l'eau de Vichy, les eaux sulfureuses, peuvent être prescrits après les purgatifs et retarder les retours d'accidents.

Mais de ce qu'une maladie, peu ou point comprise jusqu'ici, a été mal étudiée dans ses causes, sa nature, ses caractères, car nous n'oserions plus, je pense, nous contenter aujourd'hui des explications humorales des anciens, nous ne devons pas conclure qu'elle est et restera forcément obscure.

On ne sait pas encore bien, sans doute, ce que c'est que cette bizarre disposition de l'estomac à sécréter un liquide qui paraît propre à la digestion, et dont il se débarrasse, au prix des plus grands efforts, pendant le travail de la digestion aussi bien que dans sa période de repos, de vacuité. C'est évidemment un trouble sécrétoire par excès, et nous ne sommes peut-être pas très-éloignés d'appren-

dre quelle est la nature de ce liquide et quelles sont les parties de l'estomac chargées de cette fonction morbide. Ce que nous n'ignorons plus en tout cas, c'est que les nerfs, et en particulier les pneumo-gastriques, président aux sécrétions normales de l'estomac ; par conséquent, la dyspepsie hypercrinique doit, avant tout, être imputée à un trouble, à une exagération de l'influence nerveuse. C'est déjà un point de repère, et assurément des plus importants [1].

D'un autre côté, l'observation clinique nous montre que, comme dans toutes les hypersécrétions accidentelles ou anomales, la pituite stomacale cède ou se suspend quand il se produit une exagération de sécrétion, flux sanguin ou autre, dans un organe plus ou moins éloigné. Ainsi, tel malade est soulagé ou se guérit à l'aide d'un abondant ptyalisme spontané ou provoqué par la fumée de tabac ; tel autre, par un coryza ; tel autre, enfin, par un flux hémorrhoïdal.

Enfin, l'étude des causes nous apprend qu'à part l'hérédité, qui se traduit non moins du côté des troubles fonctionnels que du côté des lésions organiques, la dyspepsie pituiteuse est, dans la majorité des cas, occasionnée par l'excitation répétée, habituelle de l'estomac

(1) Dans un travail intéressant présenté par M. Ph. Lussana à l'Institut, nous relevons quelques données physiologiques, les unes déjà connues, les autres originales, qui démontrent l'influence décisive des pneumo-gastriques sur les sécrétions du ventricule.

« On sait, dit l'auteur, que la section des nerfs pneumo-gastriques retarde ou amoindrit les effets de l'empoisonnement par la strychnine qu'on a introduite dans l'estomac, tandis que cette section détermine promptement, au contraire, les effets toxiques qui résultent de la présence simultanée de l'amygdaline et de l'émulsine dans cet organe.

« On a depuis longtemps cherché à se rendre compte de cette singularité ; les présentes recherches ont pour but la solution de ce problème. »

Suivant M. Lussana, donc, le premier effet s'explique par les entraves apportées à l'absorption de la strychnine par les troubles circulatoires et respiratoires résultant de la section des nerfs de la dixième paire.

Le second effet est plus curieux et importe davantage à notre sujet.

Il repose d'abord sur ce fait de chimie organique que l'amygdaline et l'émulsine, mises en présence dans un vase, donnent lieu, en réagissant l'une sur l'autre, à de l'acide cyanhydrique ou prussique, qui tue ; ensuite sur ce double fait physiologique que ces substances, ingérées dans les conditions normales, ne produisent aucun effet toxique, l'acidité du suc gastrique paralysant l'action de l'émulsine sur l'amygdaline, tandis que leur ingestion, la section des pneumo-gastriques ayant été préalablement opérée, est suivie de l'empoisonnement, parce que cette section entraîne la diminution de la sécrétion acide de l'estomac et la production de l'acide cyanhydrique en toute liberté. (*Gaz. médic. de Paris*, 1864, p. 127.) Il n'est guère possible, suivant nous, de trouver une preuve plus péremptoire du rôle actif des pneumo-gastriques dans les sécrétions gastriques.

au moyen des stimulants, lesquels, à force d'éveiller ses facultés sécrétantes, amènent cette exagération de sécrétion à l'état de fonction pathologique.

Nous voilà donc en possession d'une triple source d'indications qui, sans présenter encore un grand degré de certitude, nous permettent du moins de sortir du vague des hypothèses et, chose non moins désirable, de la confusion des idées.

Nous avons dit que ce qui réussissait le mieux dans la forme aiguë de cette dyspepsie était la médication évacuante, modérément drastique : n'est-ce pas une application de ces principes théoriques? Dans la forme chronique, les purgatifs ont encore leur utilité, au moins à titre de modérateurs; mais il faut les répéter plus souvent, en même temps qu'on cherche à calmer l'irritabilité gastrique par de légers sédatifs. Peut-être les alcalins, le bismuth, le fer lui-même, dont j'ai constaté plusieurs fois les effets satisfaisants, n'agissent-ils pas autrement qu'en neutralisant les liquides anomalement sécrétés, et en absorbant un ou plusieurs de leurs éléments pour former des composés assimilables ou inertes, rejetés ensuite avec les résidus de la digestion. Ce sont alors des substances absorbantes chimiquement plutôt que physiquement.

Dans la dyspepsie pituiteuse chronique invétérée, qui fatigue les malades par ses vomissements répétés, il sera rationnel de provoquer, à distance, un flux permanent, habituel, tel que le ptyalisme ou les sécrétions buccales, au moyen des sialalogues, et, mieux encore, la congestion des veines hémorrhoïdales, qu'on détermine, à la longue, par l'emploi des aloétiques pris à l'intérieur et appliqués en suppositoires.

Toutefois, il faut en convenir, toutes ces ressources de la médication révulsive et chimico-physiologique, malgré leur raison d'être et leur incontestable utilité, ne constituent qu'une méthode secondaire, palliative le plus souvent. C'est l'élément principal de l'affection qu'on devrait se proposer d'attaquer, de corriger : je veux parler du trouble nerveux fonctionnel lui-même. Malheureusement il ne suffit pas, en thérapeutique comme en mainte autre circonstance, de connaître le foyer du mal pour triompher du mal lui-même. Chercher à y parvenir est méritoire, et de pareils efforts sont loin d'être toujours stériles; mais combien peu de médecins y apportent une volonté assez ferme, assez persévérante! Et à ceux qui posséderaient dans leur plénitude ces précieuses qualités, où trouver des malades se prêtant avec une entière bonne volonté à un traitement aussi lent et aussi incertain?

Nous devons nous borner, pour le moment, à ces réflexions générales sur les difficultés de ce problème de médecine pratique, avec l'espoir d'avoir éclairé et préparé, sinon obtenu sa solution.

Faut-il ajouter que l'hygiène alimentaire de cette catégorie de dyspeptiques devra être sévèrement surveillée et redressée, qu'il sera de rigueur de leur interdire l'usage des stimulants pris à jeun surtout, des mets et des liquides que l'expérience a démontrés agir comme cause prédisposante ou déterminante ? On permettra les spiritueux en mangeant, mais, autant que possible, de bonne qualité et en quantité modérée. La nourriture sera simple, peu épicée et substantielle. On évitera, enfin, les longs intervalles entre les repas.

D[r] Guipon,
Médecin des hôpitaux et hospices à Laon.

BIBLIOGRAPHIE.

La folie devant les tribunaux, par M. le docteur Legrand du Saulle, médecin expert près le tribunal civil de la Seine, ancien interne en médecine de la maison de Charenton et de plusieurs établissements publics d'aliénés; lauréat (prix Esquirol, médaille d'or); membre titulaire de la Société d'anthropologie, de la Société médico-psychologique, de la Société de médecine pratique, etc.

Le titre de ce livre, qui en marque bien le caractère, indique qu'il s'adresse tout à la fois aux magistrats et aux médecins ; et l'expérience, souvent répétée, soit qu'elle montre que les magistrats, bien qu'animés des meilleurs intentions, peuvent errer dans l'application de la loi, soit qu'elle prouve aux médecins que leurs appréciations ne sont point infaillibles, l'expérience, disons-nous, vient fréquemment témoigner qu'un tel livre est toujours opportun, et répond toujours aux exigences les plus impérieuses de la justice. Pour qu'un ouvrage de cet ordre atteigne, autant que cela est possible à la fragilité humaine, le but élevé qu'il se propose, il n'est sans doute pas d'une absolue nécessité que l'auteur qui ose en affronter les difficultés ait approfondi tout ensemble et l'étude du droit et l'étude des sciences médicales ; le médecin, dans les questions médico-légales, n'est toujours qu'un témoin dont la science est interrogée sur des faits spéciaux, car cette science est spéciale elle-même. Ce qui prouve que, sans être *doctus in utroque jure*, on peut jeter de vives lumières sur la médecine légale, c'est que la plupart de nos médecins légistes les plus autorisés ne semblent guère, quant à ce qui touche la science des lois proprement dite, dépasser le ni-

veau des hommes qui ont joui de tous les bénéfices d'une forte éducation commune. Toutefois, ainsi que nous le faisions naguère remarquer encore, en parlant du Traité de médecine légale de MM. Briand, Chaudé et Gaultier de Claubry, l'alliance des deux sciences, dans ce qu'elles ont de plus positif dans leur enseignement didactique, ne peut qu'être profitable à l'une et à l'autre, et les rendre plus précises dans leurs conclusions, en leur donnant une plus grande autorité. M. le docteur Legrand du Saule, qui s'est marqué de loin le but auquel il est arrivé aujourd'hui en publiant l'ouvrage dont il s'agit en ce moment, s'y était préparé longtemps à l'avance en faisant de la science du droit une étude spéciale, tout en s'appliquant surtout à l'étude approfondie de la spécialité médicale dont il est un des organes distingués. A ce double titre, notre savant confrère est donc un guide qu'on peut suivre, sans courir grand risque de s'égarer, dans les questions médico-légales, souvent très-épineuses, toujours très-délicates, qui ont trait à l'aliénation mentale.

En examinant rapidement ce livre intéressant, nous verrons cette présomption se changer heureusement en certitude, et s'il est vrai, comme nous le croyons, que les magistrats y puissent puiser d'utiles renseignements pour éclairer leur religion dans une foule de questions difficiles, nous sommes convaincu surtout que pas un médecin ne lira cet ouvrage intéressant sans se sentir fortifié dans ses pressentiments sur un certain nombre de vérités qui flottent indécises dans son esprit non suffisamment préparé.

Presque dès son entrée en matière, M. le docteur Legrand du Saule montre l'esprit dans lequel sera écrit son livre : éclectisme raisonné qui, en attendant qu'une lumière supérieure vienne éclairer une des parties les plus obscures de la science physiologique et pathologique, s'applique à concilier les exigences de la justice sociale avec les demi-lueurs de cette science. On ne peut se dissimuler que quelques aliénistes, comme éblouis d'une foule d'enseignements positifs que l'observation attentive de la science moderne a mis en pleine lumière, ne se soient laissé entraîner dans le cercle un peu élastique de l'irresponsabilité morbide. M. le docteur Legrand du Saule s'efforce de réagir contre cette tendance, en ce qu'elle a d'excessif, et de la corriger par une plus saine et plus calme appréciation des choses. C'est ainsi, pour ne citer que quelques spécimens de cette manière prudente de procéder en ces matières délicates, qu'il cherche à démontrer que c'est aller beaucoup trop loin, dans une foule de cas, que de prétendre à plaider l'irresponsabilité en

face de l'hystérie, de l'épilepsie même. Dans la pensée de l'auteur, et nous croyons qu'il est dans le vrai, M. le docteur Constant a évidemment erré, quand il a déclaré nettement que les possédées de Morzine en Savoie, que la simple présence de quelques soldats a ramenées à l'ordre, étaient absolument irresponsables de leurs actes. Il en est de même de la doctrine de l'irresponsabilité non moins absolue qui couvrirait l'épileptique, et dont M. le professeur Trousseau se faisait naguère l'avocat quelque peu imprudent : non-seulement on ne parviendra jamais à l'établir sur des bases qui la fassent accepter de la magistrature, mais une telle exagération court le risque de faire s'égarer celle-ci sur la pente opposée. Mais écoutons sur ce point l'auteur lui-même : les quelques lignes que nous allons lui emprunter mettront à jour le vrai nœud de la question, en même temps qu'elles donneront la vraie solution de la question scabreuse dont il s'agit : « Dans l'intervalle de leurs accès, dit-il, les épileptiques ont fréquemment de longs retours à la raison. Sans doute, ils restent égoïstes, méfiants, ombrageux, irritables et emportés ; sans doute, ils sont difficiles à vivre, n'aiment personne, se plaignent à tort, se disputent, sèment la discorde et se font haïr; mais c'est là le fond de leur caractère, et leurs allures chagrines ne les rendent pas moins susceptibles d'être, dans un assez grand nombre de cas, partiellement responsables de leurs actes. Aussi M. Baillarger était-il dans le vrai, lorsqu'il a proposé, dans son discours académique, une atténuation de resposabilité en faveur de ces malheureux malades. M. Delasiauve a émis depuis longtemps cette même manière de voir. » La responsabilité limitée dans quelques cas d'hystérie, et surtout dans la presque généralité des cas d'épilepsie, quand elle n'entraîne pas une irresponsabilité absolue, c'est là, suivant nous, une saine doctrine, et qui doit diriger le médecin légiste, en cas pareil, dans ses rapports avec les magistrats chargés d'appliquer la loi. Mais cette saine doctrine, M. Legrand du Saule y est-il fidèle, quand ailleurs, parlant des instincts méchants et de la perversité précoce chez les enfants, il tend à voir là une manifestation de l'épilepsie nocturne? Prenons garde de nous avancer trop loin sur cette pente glissante : la plupart des enfants qui présentent ces funestes dispositions sont en général des enfants mal élevés, et j'avoue que j'aurais beaucoup plus de confiance dans une réforme de l'éducation pour combattre ces tendances mauvaises qu'au sulfate d'atropine. « N'irritez pas les enfants, » dit saint Paul : cette parole m'a toujours frappé, et je suis sûr que le système d'éducation qu'elle consacre préviendrait, dans beaucoup de cas, le

développement d'une foule de tendances mauvaises qui se trahissent dès le premier âge de la vie.

Sans suivre un ordre bien sévère dans la distribution des nombreuses matières qui composent son très-intéressant ouvrage, M. Legrand du Saule traite tour à tour des intervalles lucides dans la folie, et de leur appréciation juridique, des conditions somatiques et morales qui peuvent invalider un testament, de l'ivresse, du somnambulisme naturel et des crimes qui peuvent se commettre sous l'empire de l'état mental qui le produit, de l'anthropophagie, de la nullité du mariage, des diverses monomanies qu'il admet, suivant notre humble opinion, avec raison, bien qu'elles soient niées par quelques hommes des plus autorisés ; sur toutes ces questions, l'auteur verse à pleines mains le trésor d'une immense érudition. Mais ce qui donne surtout au livre de notre savant confrère une valeur pratique qui le fera rechercher de tous les médecins qui, accidentellement, sont appelés à témoigner devant la justice de faits qui ressortissent des maladies nerveuses, et surtout de l'aliénation mentale, c'est qu'il n'est pas seulement une conclusion pratique, peut-être, à laquelle s'arrête l'auteur, qu'il ne justifie par une ou plusieurs observations qui mettent parfaitement en relief les principes qu'il s'efforce d'établir.

Dans l'impossibilité où nous sommes de suivre notre savant confrère pas à pas dans cette route aussi longue que laborieuse, qu'on nous permette en finissant d'indiquer une de ces solutions qui, pour la plupart, ainsi que nous l'avons dit déjà, nous paraissent marquées au coin de la justice et du bon sens. On a beaucoup parlé dans ces derniers temps de l'érotisme, et des abus monstrueux auxquels conduit quelquefois cette passion sans frein : quelle est la pensée de M. le docteur Legrand du Saule sur un de ces abus les plus révoltants, la violation des sépultures, la profanation des cadavres ? Sous le nom de vampirisme érotique, doit-on voir là une forme rare de monomanie, l'impunité est-elle acquise à ces profanateurs posthumes de la pudeur humaine ? « Non, dit judicieusement M. Legrand du Saule, la folie n'est pas une conséquence nécessaire de la dépravation, et il ne faut pas, sans un mûr examen, aller jeter sur la honte et le crime le manteau protecteur du délire et de l'impunité. » Nous partageons donc l'opinion de M. Morel, lorsqu'il dit : « Il n'est en réalité acte si dépravé commis par les aliénés, et je n'en excepte pas même la violation des cadavres, qui n'ait été accompli par des individus jouissant de leur raison. On peut invoquer, je le sais, continue l'éminent médecin de Sain-Yon, pour

excuser certaines monstruosité de l'ordre moral, la passion des individus, la force de l'habitude, l'entraînement de l'imitation ; mais entre la tyrannie des passions et l'irrésistibilité qui est le propre des maladies mentales, il existe une grande et énorme différence. Celle-ci se déduit de l'observation de symptômes d'un caractère exclusivement pathologique. »

Nous n'en dirons pas davantage sur un livre qni se prête mal à une analyse méthodique, et surtout à une analyse qui doit peu dépasser certaines limites ; mais si brève que soit cette notice, et bien qu'elle n'ait fait que glaner là où elle eût pu recueillir une moisson abondante, nous aurions manqué complétement notre but, si les lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* ne pressentaient, d'après le peu que nous en avons dit, ce que nous y avons vu, c'est à savoir : une science de bon aloi, une grande loyauté d'appréciation et un respect égal pour les exigences de la justice humaine et les infirmités pathologiques réelles de l'esprit. Plusieurs ont versé dans un sens ou dans un autre : M. le docteur Legrand du Saule nous paraît presque toujours avoir marché entre ces deux écueils sans s'y heurter : c'est là surtout l'originalité de son livre, et ce qui le recommande principalement à la méditation des médecins que les questions relatives à la médecine légale des aliénés et de quelques autres névropathiques peuvent intéresser.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Deux nouvelles observations de fistules vésico-vaginales traitées avec succès par le procédé américain et la suture moniliforme. — M. Horand, interne distingué de l'Hôtel-Dieu de Lyon, nous envoie les deux observations suivantes pour être jointes à celles que contenait l'intéressant mémoire qu'il nous a adressé l'an dernier.

Obs. I. Claudine G***, âgée de quarante-cinq ans, domiciliée à Frangy (Saône-et-Loire), entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Sainte-Anne, le 10 septembre 1863.

Cette femme est affectée, depuis dix-huit ans, d'une fistule vésico-vaginale survenue à la suite d'un accouchement laborieux. Malgré cette infirmité, elle est redevenue enceinte depuis cette époque et a accouché heureusement.

Actuellement, l'état général de cette malade est bon ; quant à l'état local, voici ce qu'un examen attentif permet de constater :

1° Rougeur et excoriation des organes génitaux externes, résultat du contact continuel des urines; quelques concrétions calcaires sont attachées aux poils de la vulve;

2° Au niveau du bas-fond de la vessie, à 4 centimètres du méat urinaire et à 12 ou 15 millimètres du col utérin, il existe sur la paroi vésico-vaginale une fistule assez régulièrement circulaire, mesurant environ 1 centimètre de diamètre.

Pas de saillie de la muqueuse vésicale à travers cet orifice, dont les bords sont taillés perpendiculairement et ont l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale.

Tout autour de la fistule la paroi vaginale est saine; sa consistance et sa coloration sont naturelles.

Le col utérin n'a subi aucune modification pathologique; écoulement continu des urines, que la malade soit couchée ou debout.

La malade est préparée à l'opération au moyen de deux purgatifs salins administrés à un jour d'intervalle et d'un lavement laxatif donné le soir de la veille de l'opération.

Le 19 septembre 1863, M. Desgranges, professeur de clinique chirurgicale, pratique l'opération de la manière suivante :

Pas d'anesthésie. La malade est placée dans la position sur les genoux et les coudes. Introduction du spéculum de Bozeman, que l'on confie à un aide.

Premier temps. — Avivement périphérique, suivant une zone large de 8 à 10 millimètres, la paroi vaginale étant seule attaquée et la paroi vésicale respectée avec soin.

Détersion de la plaie avec des éponges. Application à plusieurs reprises de la glace comme hémostatique.

Deuxième temps. — Réunion transversale au moyen de cinq points de suture moniliforme. Les fils métalliques (fils de fer étamé) sont placés du premier coup à l'aide de l'aiguille de M. Startin et appliqués en se conformant aux préceptes du procédé américain.

Avant de réunir, on sèche soigneusement la plaie à l'aide de petites éponges.

Les fils sont fixés en suivant les règles de la suture moniliforme, et pour cela on procède ainsi qu'il suit :

Le chef postérieur de chaque fil métallique est passé dans un plomb (n° zéro) perforé; en arrière du plomb, on fait un nœud au fil métallique, comme s'il s'agissait d'un fil de lin, et contre ce nœud on écrase avec un davier le plomb destiné à fournir un point d'arrêt sur le fil métallique.

Le chef antérieur est ensuite passé dans un plomb que l'on saisit

avec le davier, et, tandis que l'on tire légèrement sur le fil, on porte le plomb contre les tissus, jusqu'à produire un rapprochement exact, sans toutefois exercer une constriction violente. Ce premier plomb du chef antérieur est soutenu par un second qui reçoit le fil exactement comme le premier, et que l'on écrase en touchant l'autre sans exercer de pression violente.

La suture achevée, on retire le spéculum. Les fils sont tordus ensemble et sectionnés à quelques centimètres de la vulve.

La sonde de M. Sims est placée à demeure dans la vessie.

L'opérée est portée dans son lit, couchée sur le dos, les cuisses étendues et rapprochées; un urinoir est placé sous la sonde.

L'opération n'a duré qu'une heure.

Infusion de tilleul et de feuilles d'oranger. Potion diacodée.

Suites. — Les suites de l'opération sont simples. Fièvre légère pendant les deux premiers jours. Quelques coliques, un peu de ballonnement du ventre, sommeil faible, inappétence jusqu'à l'enlèvement des fils.

La malade ne perd pas une seule goutte d'urine par le vagin et on a soin de changer la sonde deux fois par jour.

Le 26 septembre, la malade étant placée sur le dos, on enlève les fils, dont trois se sont cassés dans la portion laissée libre dans le vagin, probablement sous l'influence de l'oxydation.

La réunion immédiate est complète. On aperçoit une cicatrice linéaire, transversale, là où précédemment existait la fistule. Cependant il sort quelques gouttes d'urine quand la malade tousse ou fait un effort. Voici à quoi cela tient : le fil du milieu retiré laisse voir un petit pertuis par lequel l'urine s'échappe, pertuis situé à 5 millimètres de la cicatrice transversale et qui est dû probablement à ce que l'aiguille a été conduite trop près de la muqueuse vésicale et l'a perforée.

On replace la sonde à demeure dans la vessie, et aussitôt il s'écoule une petite quantité d'urine.

Le 27 septembre, on enlève la sonde, on prescrit un léger purgatif et un lavement émollient afin de faciliter l'évacuation de l'intestin, ce qui n'a pas eu lieu depuis l'opération.

A partir de ce moment, on commence à nourrir le malade, on prescrit quelques toniques, et à mesure que l'appétit revient on augmente le régime. La malade se lève et ne perd plus ses urines que lorsqu'elle est debout, mais cette perte peu abondante cesse rapidement.

Le 10 octobre, la guérison est complète. La malade ne perd plus

aucune goutte d'urine ni couchée, ni debout, ni quand elle tousse ou fait un effort ; elle urine volontairement et seulement trois ou quatre fois dans la nuit.

L'examen démontre que le petit pertuis qui laissait échapper un peu d'urine est complétement cicatrisé. Quant à la cicatrice transversale de la fistule, elle est toujours en parfait état. Exeat.

Obs. II. Julie S***, âgée de trente-cinq ans, née et domiciliée à Saint-Genêt (Haute-Loire), entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Sainte-Anne, n° 16, le 7 avril 1864.

Cette femme, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une bonne constitution, mère de cinq enfants, est affectée depuis sa dernière couche, qui remonte au mois de novembre 1863, d'une fistule vésico-vaginale.

Examen. — Les organes génitaux externes, ainsi que la partie supérieure et interne des cuisses, au contact continuel des urines, sont rouges et excoriés; quelques concrétions calcaires sont attachées aux poils de la vulve.

Sur la ligne médiane de la cloison vésico-vaginale, à 3 centimètres du méat urinaire et à 2 centimètres du col utérin, il existe une solution de continuité, circulaire et mesurant environ 1 centimètre de diamètre. Les bords de cette fistule sont réguliers, souples; ils ont conservé l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale. Le vagin a sa forme et ses dimensions ordinaires; absence de nodosités et de brides cicatricielles.

Perte totale des urines, que la malade soit couchée ou debout.

La malade est préparée à l'opération suivant le mode habituel.

Le 28 mai 1864, M. Desgranges pratique l'opération de la même manière que dans l'observation précédente.

Réunion transversale au moyen de cinq points de suture moniliforme.

Suites. — Les suites de cette opération sont aussi simples que possible. La malade n'a ni ballonnement du ventre, ni coliques; elle présente seulement les premiers jours un léger mouvement fébrile; elle ne perd pas une goutte d'urine par le vagin. Le soir même de l'opération, la sonde se bouche et le lendemain matin, à la visite, on retire de la vessie au moins 400 grammes d'urine.

Le 4 mai, on enlève les sutures, la malade étant placée sur le dos. La paroi vaginale est reconstituée. Il n'existe plus de perforation. On ne trouve pas une seule goutte d'urine dans le vagin, et quand, après toutes les manœuvres, on place la sonde dans la vessie, on fait sortir une quantité notable d'urine qui s'y était accumulée.

Le 5 mai, on enlève définitivement la sonde et on prescrit à la malade une purgation pour le lendemain.

Sous l'influence d'un régime convenable, les forces reviennent rapidement et la malade ne tarde pas à se lever. L'irritation du canal produite par la sonde cède à l'emploi des bains de siége. La constipation seule persiste, et l'on est obligé de recourir tous les deux jours à l'emploi d'un lavement émollient.

Le 21 mai, on pratique un nouvel examen et l'on constate la reconstitution parfaite de la cloison vésico-vaginale. A la place de la fistule il existe une cicatrice blanche, linéaire, transversale, régulière et solide.

La malade se lève, marche sans perdre une seule goutte d'urine. La miction est encore un peu douloureuse, mais elle se fait volontairement et seulement trois ou quatre fois dans la nuit. Exeat.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Déformation particulière du foie pouvant simuler une tumeur de l'ovaire droit. Sous l'influence du corset, le foie s'allonge dans le sens vertical, en même temps qu'il se rétrécit dans le sens transversal. Une partie plus ou moins considérable de l'organe déborde la circonférence du thorax, qui imprime sur la région correspondante du foie une rainure circulaire plus ou moins prononcée, au niveau de laquelle se rencontre le plus souvent un épaississement considérable des membranes, et, dans certains cas, une transformation fibreuse de la couche superficielle de la glande. Quelquefois même, la portion du foie qui déborde la base du thorax ne tient au reste de l'organe que par un pédicule très-mince. Cette déformation par pression du foie, lequel atteint souvent dans ce cas la fosse iliaque interne droite, est importante à connaître sous le point de vue du diagnostic.

Combien de fois, dit M. Cruveilhier à qui nous empruntons le passage qui précède (*Anat. path. gén.*, I, 716), n'ai-je pas vu prendre pour des hypertrophies et même pour des lésions plus graves de simples déformations du foie !

Parmi les erreurs de diagnostic qui peuvent se commettre dans ces sortes de cas, alors que la portion de la glande hépatique « qui déborde la base du thorax ne tient au reste de l'organe que par un pédicule très-mince, et qu'elle descend jusque dans la fosse iliaque, » doit figurer celle qui consisterait à prendre cette partie ainsi déplacée et déformée pour un kyste de l'ovaire. Cette confusion pourrait se commettre d'autant plus facilement si la paroi abdominale antérieure était infiltrée de graisse ou œdématiée. C'est ce qui est arrivé dans deux cas dont M. le docteur Perroud, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, a publié les observations.

Dans le premier cas, la malade, âgée de cinquante-cinq ans, présentait un grand embonpoint, ce qui gênait beaucoup la palpation abdominale ; cependant on sentait manifestement dans la fosse iliaque droite une tumeur assez dure, lisse, indolente, et assez mobile pour pouvoir être légèrement déplacée; cette tumeur, ayant le volume de deux poings réunis, uniformément arrondie, était facile à limiter inférieurement, mais l'épaisseur des parois abdominales empêchait de le faire aussi bien en haut. La malade ayant succombé à l'affection pour laquelle elle était entrée à l'hôpital

(catarrhe; maladie du cœur), l'autopsie fit reconnaître chez elle la déformation du foie décrite ci-dessus.

L'autre malade, âgée de quarante-trois ans, atteinte également d'une affection cardiaque, présentait de même une tumeur arrondie dans la fosse iliaque droite, du volume d'une tête de fœtus, facilement délimitable en bas, mais non en haut en raison d'une infiltration œdémateuse et d'un épanchement ascitique. Même lésion du foie à l'autopsie.

Le diagnostic étant la base du traitement, on conçoit combien il est important de ne pas confondre de semblables tumeurs avec l'hydropisie enkystée de l'ovaire, comme cela est arrivé dans ces cas où, dit M. Perroud, la sagacité de plusieurs médecins très-expérimentés s'est trouvée en défaut. Il est donc bon de signaler de tels faits, quoiqu'ils ne soient pas chose nouvelle. (*Gaz. méd. de Lyon*, août 1864.)

Accidents causés par des pièces de prothèse dentaire. Nous nous rappelons avoir lu dernièrement, dans un journal anglais, un cas de mort par asphyxie arrivé par suite de la précipitation dans les voies aériennes de dents artificielles, qui s'étaient déplacées subitement au moment d'une chute. Voici un fait analogue, mais qui, heureusement, n'a pas eu une terminaison aussi funeste.

Une dame de quarante-sept ans fut réveillée brusquement pendant la nuit par un sentiment d'asphyxie accompagné d'efforts de vomissements, et reconnut qu'un dentier en or, portant plusieurs dents, qu'elle avait gardé en s'endormant, s'était déplacé et avait été porté jusque dans la cavité pharyngienne. Les premiers accidents s'atténuèrent, mais il resta de la dyspnée, de la dysphagie, de la douleur, et une aphonie complète. Plusieurs médecins, n'ayant sans doute pratiqué qu'un examen insuffisant, crurent que la malade s'était trompée relativement à la cause des symptômes par elle éprouvés. Elle s'adressa alors au docteur Simrock, auquel elle démontra la réalité de la présence du corps étranger, en introduisant elle-même dans son gosier une sonde, métallique avec laquelle elle parvint à le frapper. Le docteur Voss fut appelé, et les deux médecins, après avoir reconnu de nouveau le corps étranger à l'aide de la sonde, puis du laryngoscope, procédèrent à son extraction au moyen d'une pince, après avoir éthérisé la patiente. Tous les symptômes disparurent ensuite rapidement. (*Amer. med. Times*, avril 1864.)

Sueur urineuse guérie par l'usage des fruits rouges. Feu le docteur J.-A. Clos tenait le fait suivant d'un de ses confrères, habile praticien :

Un jeune homme étant tombé à la renverse d'une échelle fut atteint d'une suppression d'urine qui résista à tous les moyens. L'excrétion de ce liquide fut remplacée par une transpiration continuelle de tout le corps, qui répandait une odeur fortement urineuse. Ce malade fuyait la présence de tout étranger, et sitôt que quelqu'un paraissait, il cherchait dans les appartements le lieu le plus retiré. Il resta dans cet état pendant plusieurs années (de six à sept ans). Se souvenant de quelques faits cités par Boerhaave sur la vertu apéritive des fruits rouges, le médecin signalé conseilla à ce malade de profiter du moment favorable (on était au printemps) et de manger une grande quantité de fraises et de cerises, jusqu'à s'en procurer, pour ainsi dire des indigestions. Il le fit et guérit complétement : les urines se rétablirent, les sueurs cessèrent; il reprit ses travaux, et sa maladie ne reparut plus. (*Journ. de méd. de Toulouse*, août.)

Propriétés diurétiques du polygala de Virginie. Si les auteurs citent les propriétés diurétiques du polygala de Virginie, ils semblent ne les considérer que comme accessoires, mettant au premier rang sa vertu tonique et excitante. Voici un fait qui ne laisse aucun doute sur l'action de ce médicament sur les organes urinaires, au moins chez le sujet qui en fit usage.

Un enfant, âgé de sept ans, qui traînait depuis plus d'un mois des suites de la rougeole avec congestion pulmonaire, éprouve des lenteurs dans l'émission de l'urine, et comme une dysurie. On lui fit prendre la décòction de racine de polygala de Virginie, coupée avec le lait, et aussitôt les urines coulèrent abondamment. Mais il fut atteint d'une brûlure aux bourses et au périnée, et on jugea opportun de suspendre l'usage de cette tisane : la dysurie reparut, pour céder de nouveau et assez promptement à l'emploi

de la même décoction. (*Journ. de méd. de Toulouse*, août.)

Du relâchement du pylore. M. le docteur de Séré vient de publier une brochure sur le *relâchement du pylore*. Les inductions sur lesquelles l'auteur s'appuie sont l'état physiologique des contractions de l'estomac. Celles-ci ont pour résultat, on le sait, d'une part, de malaxer les aliments, de les brasser pour ainsi dire avec le suc gastrique ; de l'autre, de laisser passer peu à peu et par des relâchements successifs du pylore le chyme dans l'intestin grêle.

Se fondant sur des faits pathologiques, l'auteur rappelle que chez les grands mangeurs, qui sont en général maigres, les aliments séjournent peu de temps dans l'estomac, et il en conclut qu'il existe un état de relâchement particulier du pylore, dont l'effet est, en dehors de toute complication, un ralentissement des fonctions digestives, et suivant une expression populaire, un état dans lequel les aliments ne profitent pas.

Le relâchement du pylore est souvent le symptôme d'états nerveux, et il semble devoir être accusé de produire chez beaucoup de malades cet affaiblissement singulier, qui ne peut être mis sur le compte d'aucun écart de régime et d'aucune lésion de l'estomac.

Poussant plus loin encore les conséquences de son induction, M. de Séré pense que par suite du passage des aliments de l'estomac dans le duodénum, les forces se perdent, le sang s'appauvrit.

Le symptôme principal est tiré des sensations des malades qui, disent-ils, digèrent vite avec leur estomac et lentement avec leurs intestins. Mais ce symptôme doit être nécessairement très-fugace ; il en est de même de la faim insatiable : le météorisme est un symptôme accessoire.

Pour réveiller les contractions stomacales, l'auteur conseille la médecine noire ; les astringents et le ratanhia en particulier sont recommandés, et l'usage des toniques est d'un bon emploi.

Il est juste de dire qu'aucune exploration anatomique n'a jamais permis de préciser l'état du pylore atteint de paralysie ou de relâchement musculaire. On ne sait pas s'il y a atrophie, et il est un mot qui représenterait bien le caractère du relâchement du pylore, le mot rhumatisme de l'estomac.

Déjà le relâchement du pylore a été étudié à un autre point de vue. M. Beau a expliqué les vomissements bilieux des dyspeptiques par un reflux de la bile à travers le pylore relâché ; et dans de telles conditions, il considérait comme une circonstance favorable à la production des vomissements le décubitus dorsal.

Sur le relâchement du pylore de nouvelles études sont nécessaires. Jusqu'ici on est forcé de tourner dans un cercle vicieux, sans savoir où est le point de départ de la maladie, si la dyspepsie cause le relâchement du pylore, si un état rhumatismal de l'estomac l'engendre, ou bien si le relâchement du pylore est le premier mal.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Pathogénie des maladies spécifiques. Voici l'exposé précis de la doctrine de M. Bouley sur le mode de formation et sur les variétés de cette classe de maladies.

Les maladies spécifiques, dit l'honorable professeur, sont celles qui résultent de causes spécifiques. La cause spécifique est celle dont l'action sur l'organisme est caractérisée par les manifestations constantes d'effets qui sont toujours les mêmes, à part des différences d'intensité.

La cause spécifique laisse sur l'organisme son empreinte invariable, de telle sorte que, étant donnée cette empreinte plus ou moins marquée, mais toujours reconnaissable, on est logiquement conduit à remonter de cet effet constant à l'action de la cause qui l'a produit.

Exemples : les maladies virulentes. Ce sont les maladies spécifiques par excellence, car c'est à elles surtout que le mot spécifique peut être appliqué dans toute l'acception étymologique. Elles font espèce, *species facere*, comme les espèces animales et végétales. Elles sont caractérisées par la constance de leurs caractères et par la propriété qu'elles ont de les reproduire par une véritable génération. Dans l'organisme atteint d'une maladie virulente, il y a une liqueur séminale

qui est ce que l'on appelle le virus, par l'intermédiaire de laquelle la maladie peut être transmise de l'organisme malade à un organisme sain et se propager ainsi dans l'espace et dans le temps.

Outre les maladies spécifiques complètes, que j'appellerai fécondes si l'on veut, il y en a d'autres qui sont spécifiques encore en ce sens qu'elles constituent des espèces à caractères constants et invariables, procédant d'une cause unique toujours la même, laquelle traduit son action par des effets constants. Mais ces maladies diffèrent des premières par ce caractère essentiel qu'elles sont stériles, qu'elles restent tout individuelles, en un mot qu'elles ne sont pas susceptibles de se propager. Elles s'éteignent dans l'organisme sur ou dans lequel elles se sont développées; exemple: les maladies causées 1° par les venins; 2° par les poisons.

Enfin, il est une autre classe de maladies spécifiques, qui forme une catégorie de maladies mixtes relativement aux deux premières, en ce sens que tantôt elles sont stériles, tantôt elles sont fécondes, c'est-à-dire susceptibles de se transmettre par contagion; exemple: des maladies produites par les effluves et par les miasmes, celles aussi qui revêtent le caractère épidémique ou endémique.

Quoi qu'il en soit de ces différentes catégories, l'idée de spécificité entraîne dans l'esprit celle d'une cause unique pour chaque maladie, toujours la même et se traduisant par des effets constants. Cela établi, voici comment on peut comprendre que quelques-unes des maladies spécifiques naissent spontanément.

Il y a des circonstances où l'organisme, devenu malade sous l'influence de causes non spécifiques, de causes générales telles que l'encombrement, l'excès de travail, l'insuffisance de la nourriture, l'état traumatique et la fièvre qui s'allume, etc., où cet organisme peut éprouver une telle révolution, subir un tel changement d'état de ses humeurs, qu'en lui se forme de toutes pièces, sans qu'il l'ait reçu du dehors, le principe virulent, l'élément de la contagion, la condition enfin de la manifestation spécifique de la maladie.

En d'autres termes, la cause spécifique de la maladie spécifique est extérieure à l'organisme; elle agit sur lui de dehors en dedans. C'est le cas pour les venins, pour les poisons, pour un certain nombre de maladies contagieuses, telles que la syphilis, par exemple.

Tantôt elle se développe spontanément au dedans de lui sous l'influence de causes pathogéniques non spécifiques, qui donnent lieu à une maladie générale non spécifique d'abord, mais susceptible de le devenir dans certaines espèces animales.

Tel est le cas, par exemple, où chez le cheval l'infection purulente se traduit par une éruption morveuse ayant tous les caractères anatomiques de la morve et toutes ses propriétés; car cette morve consécutive à l'état traumatique est essentiellement contagieuse, ce qui affirme essentiellement sa nature. (*Acad. de méd.*, août 1864.)

Statistique des fœtus morts et des enfants nouveau-nés. Voici les conclusions du mémoire de MM. Maindrault et Géry sur ce sujet:

1° Afin de préparer les éléments suffisamment nombreux et variés, indispensables, selon nous, pour dresser une bonne statistique des fœtus morts, qui, faisant connaître les causes de décès, permettra de les combattre avec plus d'avantage, nous souhaiterions que l'Administration créât une feuille spéciale pour les fœtus, afin que les médecins vérificateurs des décès y consignassent uniformément les renseignements utiles relativement à la mère, au fœtus, à ses annexes et à l'accouchement.

2° Nous souhaiterions qu'après avoir appliqué l'hygiène publique d'une manière splendide, on voulût bien songer à l'hygiène du domicile, de la famille, de l'individu, en un mot, à l'hygiène privée; c'est bien modeste, mais ce serait bien utile, car, sous ce rapport, il y a tout à faire.

3° Nous souhaiterions qu'on s'occupât avec soin, zèle et persévérance, beaucoup plus qu'on ne le fait ordinairement, de la santé de la femme enceinte, pour elle, et surtout pour son fruit.

4° Nous souhaiterions que des secours réels, suffisants, fussent donnés aux femmes enceintes qui seraient dans le besoin. On en donne à celles qui nourrissent les enfants de leur lait, pourquoi n'en donnerait-on pas à celles qui les nourrissent de leur sang?

5° Enfin, l'accouchement étant si souvent dangereux pour le fœtus, nous souhaiterions que le niveau des connaissances obstétricales fût élevé

et surtout qu'on leur imprimât de plus en plus le caractère pratique. (*Acad. de méd.*, août 1854.)

Traitement de l'épididymite aiguë par les mouchetures du scrotum. M. Panas commence par déclarer qu'il a expérimenté comparativement à l'hôpital du Midi, sur un très-grand nombre de malades, les divers modes de traitement dirigés contre l'épididymite aiguë. De cette étude comparative est résultée pour lui la conviction que le traitement de cette maladie, par quelque méthode que ce soit, n'en abrége pas sensiblement la durée et n'en amende pas notablement les symptômes. On est tout aussi avancé en ne faisant rien, c'est-à-dire en se bornant à prescrire le repos au lit et les cataplasmes, qu'en se livrant à une thérapeutique plus ou moins active. Il y a une exception relativement au collodion, qui a toujours augmenté la durée de la maladie et l'intensité de la douleur. Chez un malade, en particulier, la douleur est devenue si atroce après l'application de l'enduit, que ce malheureux, dans un accès de folie furieuse, s'est élancé hors de son lit et s'est précipité, en chemise, par une nuit froide, dans les jardins de l'établissement, où l'on a eu toutes les peines du monde à le rattraper et à le maîtriser. Quant aux aux autres moyens, ils n'ont pas eu plus de résultats que l'expectation pure et simple.

Un seul a donné à M. Panas des résultats favorables : ce sont les mouchetures du scrotum préconisées par M. Velpeau en 1836. Sous leur influence, la durée moyenne de la maladie a paru abrégée de deux à trois jours, et, chose plus importante, il s'est manifesté dans le phénomène douleur une sédation tellement rapide, qu'en quelques heures toute trace s'en était effacée. Comment expliquer cette disparition rapide et complète de la douleur ? Par l'écoulement de sang produit par les mouchetures ? Non, car l'application des sangsues ne détermine pas les mêmes effets. Par l'écoulement du liquide contenu dans la tunique vaginale ? Pas davantage, car on obtient le même résultat des mouchetures dans les épididymites sèches. L'explication du fait est encore à trouver. Les mouchetures du scrotum n'intéressent pas seulement l'enveloppe de ce nom ; la pointe de la lancette peut pénétrer non-seulement sans inconvénient, mais encore avec avantage dans la tunique vaginale et dans le tissu même de la glande. M. Panas n'a point vu survenir d'accident après la piqûre superficielle du testicule. (*Société de chirurgie,* août. 1864.)

Etat des organes digestifs dans la scarlatine. M. Samuel Fenwich conclut de ses recherches que la membrane muqueuse de l'œsophage, de l'estomac et des intestins est enflammée dans la scarlatine ; que, alors, la desquamation de ces parties a lieu ; que, malgré les changements anatomiques survenus dans la membrane muqueuse de l'estomac, la formation de la pepsine n'est pas empêchée ; que la peau subit les mêmes changements que la membrane muqueuse.

En somme, dans la scarlatine, la condition morbide consiste dans la formation de couches de nouvelles cellules qui, à la peau, sont transformées en épiderme d'apparence naturelle, et qui, dans l'estomac, contiennent de la pepsine. (*Royal med. and chir. Soc. of London*, juin 1864.)

VARIÉTÉS.

La Commission instituée par le ministre de l'instruction publique pour s'occuper des modifications à introdure aux lois de ventôse et de germinal sur l'enseignement et l'exercice de la médecine et de la pharmacie a terminé ses travaux depuis quelques jours. Voici, d'après l'*Union médicale,* quelques renseignements sur les principales décisions qui auraient été prises par la Commisson :

« La Commission a proposé que la durée des études dans les Facultés fût portée à cinq ans au lieu de quatre pour les aspirants au grade de docteur, et à quatre ans au lieu de trois pour les aspirants au titre d'officier de santé.

« C'est dire qu'elle a adopté le maintien des médecins du second ordre ; elle a même demandé pour eux l'exonération de quelques prescriptions rigoureuses

de la loi de ventôse. Ainsi, tout en conservant le principe de la limitation d'exercice des officiers de santé au département pour lequel ils ont été reçus, la Commission a demandé l'extension de ce droit à un certain périmètre des départements limitrophes pour les officiers de santé établis dans des communes situées près des limites de deux départements.

« La Commission a également demandé pour eux l'abrogation des dispositions de la loi de ventôse qui leur interdisent toute grande opération sans l'assistance d'un docteur.

« La Commission paraît avoir longuement discuté la question du mode de nomination des professeurs des Facultés. Le système de la présentation et le système du concours ont trouvé des défenseurs. La Commission a adopté un moyen terme. La présentation continuerait, d'après son système, à être faite par les Facultés, mais après deux épreuves imposées aux candidats, et dont le résultat entrerait en balance avec les titres antérieurs. Ce serait donc une sorte de demi-concours précédant la présentation.

« On parle aussi, mais plus vaguement, de quelques modifications dans l'enseignement de la Faculté de Paris. La chaire de médecine comparée, supprimée de fait depuis la retraite de M. Rayer, serait supprimée définitivement. L'enseignement de l'histologie serait réuni à celui de l'anatomie pathologique, et la chaire d'histologie serait également supprimée.

« Telles seraient les principales dispositions adoptées par la Commission, et dont les unes exigeraient le concours du Corps législatif, dont les autres pourraient être exécutées par voie de décret.

La conférence internationale s'est réunie à Genève, le 8 août, sous la présidence de M. le général Dufour. Le gouvernement de l'Empereur y était représenté par MM. Jagerschmidt, sous-directeur au ministère des affaires étrangères ; de Préval, sous-intendant militaire de 1re classe, et Boudier, médecin principal de 2e classe.

Les délibérations auxquelles s'est livrée la conférenoe ont abouti à la conclusion d'une convention en dix articles, qui consacre la neutralisation des hôpitaux militaires et des ambulances, celle du personnel sanitaire officiel et celle des blessés eux-mêmes.

Cette convention a été signée le 22 août. Les gouvernements qui ont participé à la négociation n'ayant pu tous munir à temps leurs commissaires des pleins pouvoirs nécessaires pour procéder à la signature de cet acte diplomatique, douze Etats seulement figurent comme parties contractantes ; ce sont : la France, le grand-duché de Bade, la Belgique, le Danemark, l'Espagne, le grand-duché de Hesse, l'Italie, les Pays-Bas, le Portugal, la Prusse, la Suisse et le Wurtemberg.

Mais le protocole ayant été laissé ouvert, on doit espérer que toutes les autres puissances accéderont bientôt à une convention dans laquelle on s'est attaché avec le plus grand soin à concilier les devoirs de l'humanité avec les nécessités de la guerre et les exigences des opérations militaires. (*Moniteur.*)

On nous prie d'annoncer, dès à présent, que la séance solennelle de rentrée de la Faculté de médecine aura lieu le 3 novembre prochain. Les actes et les cours commenceront immédiatement après. Les amphithéâtres de l'Ecole pratique seront ouverts à partir du 17 octobre.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Du traitement du rhumatisme noueux par les bains arsenicaux.

Par M. Noël Guéneau de Mussy, médecin de l'Hôtel-Dieu.

La *Gazette des hôpitaux* a publié, il y a quelques semaines, une leçon de M. le docteur Beau, sur le traitement du rhumatisme noueux par les bains arsenicaux.

Mon honorable confrère m'a rendu pleine justice en m'attribuant cette méthode thérapeutique ; je l'en remercie publiquement. Je suis heureux de voir son expérience confirmer la mienne, et établir l'efficacité du traitement arsenical dans une maladie que les médecins français s'accordaient généralement à considérer comme incurable. Seulement, M. le docteur Beau, citant ma formule de mémoire, l'a citée d'une manière inexacte ; et comme le rapport que l'Académie avait ordonné sur mon travail se fait attendre depuis plusieurs années, et pourrait bien demeurer indéfiniment dans les cartons académiques, permettez-moi, mon cher rédacteur de confier à votre journal le résumé des observations que je recueille depuis six ans sur ce sujet, et des leçons cliniques que je lui ai plusieurs fois consacrées.

Je ne reviendrai pas sur l'étude pathologique du rhumatisme noueux, ébauchée par Aberdeen, complétée par Haygarth, Fowler, le docteur Adam, et surtout par MM. les docteurs Charcot, Vidal et Trastour. J'indiquerai seulement quelques particularités dans la forme et dans la marche de cette affection, qui peuvent éclairer les indications thérapeutiques.

Tantôt la maladie est franchement chronique, les phénomènes réactionnels sont nuls ou peu accentués, et l'excitabilité nerveuse des malades est modérée ; si l'affection a revêtu au début des caractères d'acuïté, depuis longtemps ils se sont effacés : c'est la forme chronique.

D'autres fois le rhumatisme est subaigu par sa forme, chronique par sa durée ; l'excitabilité nerveuse est excessive, elle retentit sur l'appareil circulatoire ; ou bien encore l'affection rhumatismale appartient à cette variété de maladies chroniques constituées par une série de paroxysmes, de bouffées fluxionnaires qui s'éteignent pour renaître, et se succèdent les unes aux autres. Le génie de la maladie est essentiellement chronique ; la diathèse, dont elle est l'expression, présente une activité continue, qui s'apaise incomplétement sans s'arrêter, s'affaiblit sans s'épuiser dans l'évolution de

phénomènes morbides, revêtant l'apparence de l'acuïté, plutôt subaigus que franchement aigus.

Cette distinction est capitale, et elle commande une modification très-importante dans le traitement.

Dans le premier cas, dans la chronicité vraie, je prescris, comme l'a indiqué M. Beau, des bains dans lesquels je fais dissoudre le mélange suivant : Sous-carbonate de soude de 100 à 150 grammes, arséniate de soude, de 1 à 8 grammes. En même temps, pour favoriser la résolution des engorgements articulaires, pour stimuler cet affaiblissement des fonctions nutritives, et pour relever cette défaillance de la vitalité, qui sont si souvent les causes de la chronicité dans les maladies à mode inflammatoire, je prescris à l'intérieur une mixture que j'emploie avec avantage, depuis plus de quinze ans, dans les conditions que je viens de signaler, et spécialement dans le rhumatisme articulaire à forme subaiguë, dans les phlegmasies pulmonaires ou pelviennes, qui ne marchent pas franchement vers la résolution. C'est un mélange d'extrait de quinquina et d'iodure de potassium : de 50 centigrammes à 1 gramme du premier, de 25 centigrammes à 75 centigrammes du second ; tantôt je délaye ces substances dans une potion, tantôt je les réunis en pilules.

Cette médication interne est administrée en plusieurs doses avant les repas, et gouvernée de manière à ne pas fatiguer les organes digestifs ; car s'il est indiqué de stimuler, de régulariser l'activité du travail nutritif, dont la résolution semble une dépendance, il est important de ne pas développer dans l'appareil gastro-intestinal une excitation morbide qui pourrait retentir dans tout l'organisme.

Ainsi dirigée, cette médication m'a paru un auxiliaire utile de la balnéation arsenicale ; mais je ne lui attribue pas d'autre rôle que celui de moyen adjuvant, qui remplit une des indications de la maladie. Je l'avais employée seule, il y a plus de vingt ans, dans le rhumatisme noueux, et elle ne m'avait donné aucun résultat important.

Depuis la présentation de ma note à l'Académie, j'ai quelquefois employé, concurremment avec les bains, l'arsenic à l'intérieur, dans les cas où le traitement externe ne me paraissait pas agir avec une suffisante énergie ; M. le docteur Beau nous apprend qu'il a généralisé cette méthode. Plusieurs autres de mes confrères emploient l'arsenic sous cette double forme, ou l'administrent exclusivement à l'intérieur, depuis que mes observations ont appelé l'attention des médecins sur l'efficacité de cet agent thérapeutique dans le rhumatisme noueux. On s'est rappelé alors qu'il avait été préconisé déjà

dans les affections rhumatismales. Mais les conclusions thérapeutiques des docteurs Charcot, Vidal et Trastour, les longues discussions agitées dans ces derniers temps sur le traitement du rhumatisme, et qui ne font pas mention de ce médicament, témoignent de l'oubli profond dans lequel il était tombé en France, du moins (1).

Je l'ai employé l'an dernier, exclusivement à l'intérieur, chez un sujet tuberculeux, atteint d'un rhumatisme chronique, et qui a quitté l'Hôtel-Dieu guéri, en apparence du moins, de cette double affection.

C'est sous la forme de solution de Fowler que je l'ai prescrit dans ces différents cas. M. Beau a adopté l'acide arsénieux ; je ne crois pas que l'action de ces deux préparations soit sensiblement différente : la question est de savoir s'il est opportun de combiner toujours l'usage interne de l'arsenic avec les bains dont j'ai donné la formule ; ce sera l'expérience qui en décidera ; et j'accepterai avec empressement les modifications qu'elle apportera à ma méthode.

S'il m'est permis de m'en rapporter à mes propres observations, je crois que les bains arsenicaux suffisent dans beaucoup de cas, et qu'alors leur innocuité doit les faire préférer. J'admets volontiers que chez certains malades l'usage combiné des deux médications peut être opportun. Je reconnais que dans certains cas exceptionnels, les bains ne peuvent être employés, et il faudra se borner à l'usage interne du médicament avec les précautions qu'il commande.

L'association de l'arséniate et du carbonate sodiques m'a paru constituer un mélange plus puissamment résolutif, mais beaucoup plus excitant que l'arséniate seul ; c'est donc à ce dernier qu'on doit s'adresser toutes les fois que l'on aura à craindre une stimulation trop énergique. Ainsi chez les malades du second groupe, lorsque la maladie n'est pas franchement chronique, ou est trop rapprochée

---

(1) J'avais été conduit à l'emploi de ces bains en observant que plusieurs eaux minérales, qui jouissent d'une réputation traditionnelle dans le traitement du rhumatisme, renferment de l'arsenic. Depuis, sur l'indication qui me fut donnée, j'ai fait quelques recherches bibliographiques dont voici le résultat : Tenkinson de Manchester, Bardsley et Kellie ont préconisé l'arsenic dans les affections rhumatismales (Dictionnaire de Mérat et de Lens, article *Arsenic*). Ces jours-ci même, dans le remarquable Traité du docteur Garrod sur la goutte, j'ai trouvé un renseignement plus explicite. Il dit avoir employé pendant plusieurs années la liqueur de Fowler dans le rhumatisme noueux, qu'il appelle encore *arthrite rhumatoïde* : il se demande s'il ne faut pas imputer à ce médicament des congestions hépatiques graves qu'il a vu survenir chez plusieurs de ses malades ; il ne dit pas s'il persiste dans cette méthode thérapeutique. Dans tous les cas, il ne fait pas mention des bains arsenicaux.

de la période aiguë, si elle a débuté sous cette forme ; chez ceux dont la circulation est accélérée ; dans les cas où la douleur est violente et où le système nerveux vibre d'une manière excessive sous la moindre impression ; dans toutes ces circonstances, j'emploie l'arséniate de soude seul, et j'en porte la dose de 2 à 10 grammes. J'y ajoute quelquefois 250 grammes de gélatine dans la pensée que cette addition d'une substance organique peut favoriser l'absorption du principe minéral, et surtout pour me rapprocher davantage dans la constitution de mes bains artificiels de celle des eaux naturelles, dont la plupart, outre les éléments salins, renferment une matière azotée.

Température, durée et nombre des bains. — Ces bains doivent être pris tièdes. Cette température paraît être favorable à l'absorption, et d'un autre côté la thermalité a une grande part dans les propriétés excitantes des bains. Leur température variera donc dans d'étroites limites, suivant les dispositions particulières et les habitudes de chaque malade, *ad gratam tepiditatem*. C'est en général entre 33 et 36 degrés centigrades.

Leur durée est de trois quarts d'heure à une heure ; quelques malades l'ont prolongée jusqu'à une heure et demie ; les sensations éprouvées dans le bain doivent être interrogées pour la fixer.

Tous ces menus détails peuvent sembler des banalités futiles, mais les succès en thérapeutique dépendent le plus souvent du *modus faciendi*.

Au début du traitement, je donne un bain tous les deux jours. S'ils sont bien supportés, j'en donne deux, trois, quatre de suite, ménageant des repos de temps en temps, afin de laisser la stimulation, qu'ils déterminent, se modérer et se régulariser pour accomplir son effet consécutif, qui doit être de ramener à leur type normal les mouvements organiques qui en sont déviés. C'est là une règle d'une application très-générale en thérapeutique : après avoir sollicité l'action de l'organisme vivant avec une suffisante énergie, il faut savoir attendre cette action, en mesurer l'intensité, en apprécier la direction avant de recourir à une incitation nouvelle ; car celle-ci, provoquée d'nne manière injudicieuse, peut dépasser le but où on tend.

Dans le second groupe de malades, plus que dans le premier, on peut rencontrer l'indication d'administrer l'arsenic à l'intérieur ; dans les cas où la potion iodurée serait rendue inopportune par la réaction fébrile, par l'acuïté du travail phlegmasique, et où cependant existe un état cachectique, qui appelle des modifications de la

nutrition ; ou bien encore quand les bains employés seuls n'amènent pas une amélioration suffisante ; dans ces circonstances j'ai administré quelquefois la solution de Fowler, mêlée à du sirop de quinquina ou à du sirop antiscorbutique.

Quand les douleurs sont très-vives, quand les bains les exaspèrent outre mesure, j'ai donné souvent à l'intérieur la poudre de semence de ciguë en pilules de 5 centigrammes, ou dans les cas d'agrypnie quelque préparation opiacée (*poudre de Dower*, *masse de cynoglosse*.) Il faut surveiller l'action de ces préparations calmantes sur l'estomac ; l'intégrité de l'action digestive est un point capital dans le traitement des maladies chroniques.

Effets immédiats des bains arsenicaux. — La plupart des malades éprouvent pendant le bain de légers picotements à la peau, avec un sentiment de mieux-être, de légèreté, d'*alacrité*, de souplesse dans les articulations, et d'énergie musculaire qu'ils conservent pendant quelque temps après être sortis du bain ; s'ils prennent le lit, leur peau devient le siége d'une chaleur diffuse, de prurit et souvent de moiteur ; comme la fonction sudoripare, la sécrétion rénale est généralement augmentée.

Après ces premiers effets, il n'est pas rare que les malades accusent une exacerbation de douleurs, accompagnée quelquefois de craquements dans les articulations malades ; cette exacerbation peut être assez accentuée pour réclamer l'emploi des calmants, soit à l'intérieur, soit plus souvent en applications topiques. Dans ce cas je prescris fréquemment un liniment renfermant pour 100 grammes de glycérine, des extraits de belladone, de ciguë, de jusquiame, thébaïque (de chaque 3 grammes.) Il faut, du reste, rassurer le malade sur cette exagération passagère de ses souffrances, lui dire qu'elle exprime l'impression du médicament sur l'organisme et qu'elle annonce un travail réparateur.

D'autres fois, sans éprouver de douleurs vives, les malades sont tourmentés par une agitation, des *inquiétudes* dans les membres, de la jactitation, une sensation de chaleur et de prurit qui trouble le sommeil, et les porte à désirer l'impression du froid. L'arséniate seul dans ces circonstances doit être préféré au mélange d'arséniate et de carbonate sodiques. Dans ces cas, également, il convient d'intercaler entre les jours de bains des jours de repos.

Chez plusieurs malades j'ai observé à la suite de ces bains une véritable poussée : une éruption erythémateuse accompagnée d'un prurit intense, parfois limitée aux articulations du genou et du coude, dans le sens de l'extension.

La première année où j'ai mis cette médication en usage, j'ai vu quelquefois de la diarrhée, beaucoup plus rarement des vomissements suivre les premiers bains. Un seul de mes malades eut de la diarrhée pendant toute la durée du traitement, les jours où il prenait son bain, ce qui ne l'empêcha pas de guérir et même d'acquérir de l'embonpoint. Dans ces dernières années cet accident ne s'est pas reproduit, et je me demande si, quand je l'ai observé, il devait être imputé aux bains?

L'effet le plus intéressant de cette médication est celui qui se manifeste dans le foyer morbide; souvent, après un petit nombre de bains, la tuméfaction a diminué, la souplesse remplace la rigidité des articulations; quand les désordres du squelette ne sont pas trop considérables, les membres déviés reviennent peu à peu à leur direction normale. Je ne prétends pas que la déformation disparaisse complétement, mais elle diminue, et surtout elle cesse de mettre obstacle à l'action des membres. Il est probable que ce travail réparateur agit efficacement sur les lésions osseuses les plus récentes et sur les dépôts morbides développés dans les parties molles. En même temps les muscles qui s'étaient atrophiés par défaut d'exercice, semblent se développer; les espaces interosseux sont moins déprimés.

Dès que la maladie est enrayée, quand la fluxion articulaire a diminué, le massage, des exercices gymnastiques rhythmés et répétés plusieurs fois chaque jour, principalement dans le bain, contribuent puissamment à hâter le retour des membres à leur direction normale, et le rétablissement de leurs fonctions.

Dans quelques cas, la modification est aussi rapide que profonde. J'ai vu une malade impotente depuis sept ans marcher, se servir de ses membres après une vingtaine de bains; et un an après, bien qu'elle exerçât un métier fatigant, son rétablissement ne s'était pas démenti. Le plus souvent soulagés après sept ou huit bains, les malades en ont dû prendre une trentaine au moins pour recouvrer l'usage des articulations malades.

Dans quelques cas cette médication a soulagé sans guérir; plus rarement elle a complétement échoué. Je dirai bientôt quels sont les cas qui se sont montrés spécialement rebelles. La nutrition générale est presque toujours heureusement modifiée par cette médication; l'hématose semble plus active; la peau se colore en même temps que les malades prennent de l'embonpoint.

Quand on a obtenu un résultat favorable, il serait imprudent, sous peine de s'exposer à une récidive, de suspendre le traitement

avant que l'organisme ait été soumis pendant un temps suffisant à son action modificatrice. Les malades, délivrés de leurs atroces douleurs, retrouvant la liberté de leurs membres, veulent quelquefois abandonner prématurément la médication qui leur a procuré ces avantages.

Il faut, dans les maladies chroniques, prolonger suffisamment l'action thérapeutique pour neutraliser cette tendance à la récidive, qui peut relever à la fois de l'habitude morbide et de la persistance de la diathèse après l'extinction de ses manifestations. Il importe de ne pas cesser trop brusquement l'emploi du modificateur qui a amené la guérison; il faut, y revenant par intervalles, en éloigner plutôt qu'en diminuer les doses. Ainsi, le malade fera sagement de recourir de temps en temps à l'usage des bains, alors surtout que le retour des douleurs l'avertit que la diathèse veille encore et médite peut-être une nouvelle explosion.

On a institué dans ces derniers temps des expériences nombreuses pour éclairer le mode d'action des bains minéraux. Néanmoins, la question est encore peu avancée : le principe minéralisateur peut-il être absorbé par la peau? les recherches de M. le docteur Wilmain tendraient à le prouver, si toutefois les faibles réactions qu'il a obtenues ne peuvent pas, ainsi qu'on le lui a objecté, être imputées à l'absorption par le poumon de la vapeur d'eau minéralisée.

M. le docteur Reveil a pris des bains avec 120 grammes d'arséniate de soude, et il n'a pas trouvé de traces d'arsenic dans ses urines. MM. Gobley et Avisard en avaient déjà inutilement cherché dans les urines de mes malades. On a prétendu que l'absorption, nulle sur l'ensemble de la périphérie cutanée, est possible dans les régions palmaires et plantaires. M. Reveil, d'après quelques expériences, inclinerait vers cette opinion. Ce savant observateur admet également que le contact de la muqueuse génitale avec l'eau du bain peut constituer pour la femme des conditions d'absorption qui n'existent pas chez l'homme. Le problème n'est donc pas résolu pour le physiologiste, il l'est pour le clinicien : on voit se manifester sous l'impression des bains arsenicaux des phénomènes immédiats, on voit survenir des effets thérapeutiques qui prouvent que l'organisme en a senti l'action. L'arsenic est-il absorbé par les vaisseaux cutanés; est-ce dans la peau même imprégnée de l'eau médicamenteuse que s'accomplit son action dynamique; l'électricité du bain minéral est-elle en jeu, comme le pense M. Scoutetten? Nous l'ignorons; et au milieu des obscurités qui enveloppent toute la théorie physiologique de cette médi-

cation, seul le fait clinique ressort incontesté; constatons-le en appelant de tous nos vœux de nouvelles recherches.

Parmi les variétés d'arthrites chroniques que j'ai traitées par les bains arsenicaux, il en est une qui me paraît plus réfractaire que les autres à l'action thérapeutique : c'est l'arthrite fongueuse ; il est très-commun de voir dans le rhumatisme noueux plusieurs articulations présenter cet empâtement classique, cette fausse fluctuation qui caractérise le développement des fongosités articulaires. Localisées dans une seule articulation, elles constituent une variété de tumeurs blanches. J'ai vu cette arthrite fongueuse généralisée occuper les deux genoux, les articulations tibio-tarsiennes, les poignets, la plupart des articulations phalangiennes des mains et des pieds. J'ai eu dans mon service, pendant dix-huit mois, un homme âgé de trente ans environ, atteint de cette affection depuis plusieurs années. Ses deux genoux avaient un volume énorme, le droit principalement, quoique le dernier envahi; celui-ci, sous l'influence du traitement, diminua d'un tiers ; la diminution, bien que notable, fut moins rapide et moins prononcée dans le genou gauche. Les autres articulations se dégonflèrent d'une manière sensible, mais sans recouvrer leur mobilité; les douleurs furent amoindries sans disparaître complétement, et après avoir pris l'arsenic pendant longtemps en bains et en potion, ce malade qui, pâle, maigre et cachectique à son entrée, était devenu gras et coloré, ne pouvant cependant reprendre son travail, réclama une place dans un hospice.

Au début de l'état fongueux le traitement est plus efficace quand les phénomènes inflammatoires sont modérés, et qu'on a rempli les indications qu'ils commandaient. J'ai guéri par cette médication plusieurs coxalgies qui avaient résisté à d'autres traitements, et des arthrites qui semblaient tendre à la tumeur blanche.

Dernièrement encore, j'ai vu, à la suite de quelques bains, se redresser et devenir mobile une phalangette du médius fléchie à angle droit sur la phalangine, et immobile dans cette situation.

Dans les rhumatismes subaigus, quand la réaction fébrile est apaisée, les bains avec 4 à 10 grammes d'arséniate de soude m'ont été d'un puissant secours pour hâter la résolution. Je les ai plusieurs fois employés avec succès dans les névralgies rhumatismales ou goutteuses, dans la sciatique en particulier.

Ils m'ont encore réussi dans un cas de paralysie rhumatismale, et dans plusieurs cas de lumbago. Ils m'ont été d'un très-grand secours contre ces souffrances vagues, contre ces endolorissements

de tout l'appareil musculaire, contre ces lassitudes douloureuses qu'on observe dans certaines hypocondries de racine goutteuse.

Je les ai souvent prescrits avec avantage dans les névralgies et quelques autres névropathies hystériques. Dernièrement encore, une paraplégie de cette nature et une sciatique hystérique, qui avaient résisté à d'autres médications, ont guéri sous leur influence.

Comme je l'ai indiqué dans la note que j'ai eu l'honneur de lire à l'Académie, j'en ai tenté l'usage dans certaines formes de dermatoses chroniques et de syphilides invétérées. Mais les résultats que j'ai obtenus ne sont ni assez nombreux, ni assez décisifs pour que l'on puisse en tirer des conclusions.

Dans le rhumatisme noueux, il ne faut pas perdre de vue l'état cachectique qui accompagne souvent la lésion articulaire, et pour arriver plus sûrement à modifier l'état local, il faut relever le ton général de la nutrition, lui rendre l'activité qu'elle a perdue. Le traitement arsenical offre cet avantage qu'il n'agit pas seulement comme modificateur de la nutrition altérée dans la partie malade, mais il imprime à l'ensemble du travail nutritif et à la fonction d'hématose la plus salutaire impulsion ; ce qui n'empêche pas qu'on ne doive lui chercher des auxiliaires, toutes les fois que cela sera possible, dans un air pur et tempéré, dans un régime réparateur sans être stimulant, en un mot, dans cet ensemble de moyens hygiéniques qui sont un élément important de la thérapeutique des maladies chroniques.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du traitement des plaies chirurgicales et traumatiques par les pansements à l'alcool.

Par M. Chédevergne, interne à l'hôpital des Cliniques.

Lorsque j'entrai cette année comme interne dans le service de M. Nélaton, je fus d'abord frappé de deux choses : de la simplicité des pansements et de l'absence presque complète de cette odeur spéciale aux salles de chirurgie. Maintenant que j'y ai passé un certain nombre de mois, je suis étonné de la rareté des accidents si redoutés à la suite des opérations. Ce fait a d'autant plus lieu de nous surprendre, que tout le monde le sait, l'hôpital des Cliniques est réputé le plus insalubre des hôpitaux de Paris.

Comment concilier cette opinion vulgaire, apparemment fondée à une autre époque, puisqu'elle est si profondément gravée dans

les esprits, avec ce que nous voyons tous les jours. Sans doute, il est un premier élément dont il faudrait tout d'abord tenir compte, mais nous ne pouvons en apprécier exactement la valeur ici, car nous faisons l'histoire des choses et non celle des hommes. Lorsqu'il s'agit en effet de mener à bonne fin une opération, il y a toujours deux principaux facteurs, qui doivent être pris en grande considération, pour résoudre le problème : *l'exécution et les soins consécutifs ;* nous négligeons l'un, comme nous venons de le dire, en laissant à chacun la liberté d'évaluer son importance, pour insister sur l'autre, qui a, nous en sommes convaincu, une grande influence sur le résultat définitif. A son propos d'ailleurs, les divergences d'opinion ne sont que peu tranchées entre les hommes de l'art. Ceux-ci ne diffèrent que pour l'application. Nous nous croyons donc en droit, surtout pour les opérations dont le manuel n'est pas difficile, de mettre en corrélation, dans une certaine mesure, le mode de pansement des plaies et la salubrité apparente de l'air des salles de chirurgie, avec l'absence d'accidents consécutifs et la guérison rapide. Or, depuis plus d'un an, à la Clinique les solutions de continuité sont pansées avec l'eau-de-vie camphrée ou l'esprit de vin pur, et les infections purulentes, les pourritures d'hôpital, les angioleucites, les érysipèles, etc., y sont presque inconnus depuis cette époque ; il me semble donc logique d'en rapporter en grande partie l'honneur à l'alcool, camphré ou non.

Ces sortes de conclusions prématurées ne seront pas de ma part une simple assertion qu'on ne manquerait pas d'attaquer, elles seront établies sur des témoignages irréfutables : je veux dire sur des observations précises.

Je n'ai pourtant pas la prétention de prouver mathématiquement mon opinion, car pour me prononcer d'une manière absolue, il me faudrait une expérimentation très-longue, et une statistique *comparative* portant sur un nombre suffisant de faits. On conçoit facilement que je ne m'engagerai pas dans cette dernière entreprise, et que je ne viendrai pas ici, pour des motifs faciles à deviner, en exposer les résultats. Je ne m'appuierai ouvertement que sur les données qui me sont personnelles. Ma conviction est profonde, mais ne pouvant la faire passer subitement dans l'esprit de tout le monde, je désire appeler sur le traitement des plaies par l'alcool l'attention des observateurs, et en répandre l'usage, afin que sa valeur soit jugée plus rapidement d'une façon péremptoire.

Pour le moment je me contenterai de dire que, sur quarante-huit malades atteints de plaies importantes, ayant subi presque

tous une grande opération et pansés par nous avec la charpie imbibée d'eau-de-vie camphrée, quarante-cinq ont guéri, la plupart très-vite ; trois seulement sont morts, le premier d'une tuberculisation, le deuxième d'une pneumonie hypostatique, le troisième d'une infection purulente. Maintenant, j'en appelle aux souvenirs de ceux qui suivent les services des hôpitaux ! Je dois pourtant ajouter, car je tiens cette remarque de la bouche même des chirurgiens qui y exercent avec le plus de succès, que, pendant le semestre dernier, les infections purulentes n'y ont pas été plus rares que que par le passé, et que les érysipèles y ont été nombreux et même meurtriers durant un certain temps. L'un de mes maîtres disait alors « qu'il lui était impossible de donner un coup de bistouri sans avoir à redouter l'épidémie. »

Historique. — L'application des pansements alcooliques, soit comme moyen curatif ordinaire, soit comme moyen préventif d'accidents plus ou moins redoutables, n'est pas nouvelle. Elle est banale dans les classes inférieures de la société, où quelques bonnes traditions se conservent parfois, en dépit des idées les plus contradictoires qui cherchent à les remplacer. Sa vulgarisation date vraisemblablement de loin, et n'est que le reflet de la pratique de beaucoup de chirurgiens d'une autre époque. Peut-être aussi est-il juste de reconnaître qu'une partie de la bonne réputation de l'eau-de-vie camphrée est due aux efforts de *certain personnage* qui a exercé une si grande influence sur les masses et sur leurs habitudes hygiéniques.

Quoi qu'il en soit, il n'est pas nécessaire d'avoir une érudition très-vaste, pour savoir que nos pères utilisaient journellement l'alcool pour le traitement local des plaies, et il n'est pas besoin de chercher longtemps pour trouver dans leurs ouvrages la preuve de cette vérité. Ils ne l'employaient point cependant à l'état simple ; mais si l'on veut examiner un peu les formules compliquées de leurs nombreux médicaments vulnéraires, on arrivera à reconnaître qu'il en est toujours réellement la base ; et l'on démontrera bien vite qu'il en est aussi, quoiqu'ils en aient pensé, le véritable principe. Il suffit en effet de le dépouiller de l'avalanche des accessoires supposés parties actives qui l'enveloppent, pour acquérir rapidement la certitude de son action salutaire.

Les anciens se rendaient-ils parfaitement raison de la composition de leurs formules interminables ; chaque substance avait-elle, dans leur esprit, son application ? c'est ce que nous ignorons ; mais ce fait n'est pas moins constant : l'alcool était fréquemment em-

ployé par eux dans le traitement externe des solutions de continuité. Je citerai parmi eux ceux qui l'ont mis le plus souvent en usage : Percy, Dionis, Ambroise Paré, sans parler de Galien et d'Hippocrate ; car je n'ai pas l'intention de faire un historique complet ; je laisse ce soin à d'autres, ainsi que celui d'analyser leurs remèdes surannés. J'appellerai seulement l'attention sur le *baume de Fioraventi*, qui renferme de la térébenthine, de la myrrhe, de l'aloès, du gingembre, de la cannelle, en tout seize substances, plus trois mille parties d'alcool ; sur *l'essence de gingembre, le digestif de Plenck, l'alcoolat vulnéraire et tous les alcoolats.* Je signalerai aussi *le baume de Chiron, le baume de Lucatel, le baume de Geneviève, etc.*, qui contiennent du camphre ; le camphre est peut-être un adjuvant de quelque valeur. Comme je l'ai employé constamment dissous dans l'alcool, il m'est impossible de l'apprécier avec certitude.

Je n'irai pas plus loin, avant de mentionner une petite brochure fort intéressante de M. le docteur Batailhé, qui a combattu énergiquement pour les idées que je défends ici, et qui est arrivé théoriquement depuis plusieurs années aux conclusions que j'adopte aujourd'hui (1). M. Dolbeau a employé les pansements alcooliques à l'hôpital Saint-Louis, il y a quatre ou cinq ans ; mais tout en reconnaissant qu'ils sont préférables à beaucoup d'autres, pour des raisons accessoires (leur propreté et leur absence d'odeur), il ne les croit pas dignes de la haute réputation qu'on leur fait en ce moment. Si j'avais pu être ébranlé dans ma conviction touchant la supériorité de (2) l'ancienne méthode sur les nouvelles, c'eût été certainement par l'opinion de M. Dolbeau ; mais les bons résultats de la première sont trop évidents. Je suis heureux d'ail-

(1) *De l'alcool et des composés alcooliques en chirurgie*, par J.-F. Batailhé. Paris, 1859.

(2) Ce n'est pas sans étonnement que j'ai lu ces jours derniers dans la *France médicale* une réclamation de priorité à propos des pansements alcooliques. Je ne suppose pas qu'on veuille disputer à Hippocrate l'honneur de les avoir employés le premier ; on désire seulement revendiquer la gloire de les avoir tirés d'un oubli profond, et de les avoir restaurés dans les temps contemporains. La date de cette restauration est 1848. Or, nous disions tout à l'heure que, dans les classes inférieures de la société, on n'avait jamais cessé de s'en servir. D'un autre côté, Larrey en a largement usé pendant les campagnes de l'empire. Cette époque est pourtant assez moderne pour qu'on en connaisse l'histoire. Une pareille question d'antériorité est donc, selon moi, au moins puérile. Au siècle où nous sommes, il n'y a guère à inventer ; il s'agit de mieux faire que les autres les mêmes choses ; que chacun publie ensuite ses résultats et on jugera.

leurs de savoir que je partage la manière de voir de M. le professeur Nélaton et de M. le docteur Houel, un des plus ardents défenseurs des pansements par l'eau-de-vie camphrée. Revenons maintenant sur chacune des questions soulevées dans les pages précédentes et établissons par des faits précis, et quelques observations suffisamment détaillées, la simplicité, l'innocuité et l'efficacité du mode de traitement en question.

Modus faciendi. — Il consiste dans l'application sur les bords de la plaie, dans le cas où ils sont rapprochés, et aussi entre ses lèvres, si elle est béante, d'une quantité suffisante et jamais parcimonieuse de charpie fine et moelleuse profondément imbibée d'alcool. Ce pansement est exécuté dès le jour de l'opération, et il est renouvelé le lendemain et les jours suivants.

Quel alcool sera préférable? Le plus communément, nous avons employé l'eau-de-vie camphrée des hôpitaux, marquant 56 degrés centésimaux. Son action a toujours été très-efficace. Pour les pansements qui devaient être faits dans l'intérieur de la bouche, nous nous sommes servi de l'alcool rectifié mélangé d'eau. C'est ce qui eut lieu par exemple à la suite de l'ablation de deux tumeurs du maxillaire inférieur. Pendant qu'une suture entortillée, placée à l'extérieur, maintenait en contact les deux lèvres de la solution de continuité, des bourdonnets de charpie alcoolisée étaient introduits à l'intérieur et baignaient constamment la surface dénudée, qui était très-considérable. On les renouvelait deux fois par jour, après avoir préalablement fait une injection alcoolique dans la cavité buccale. Nous obtînmes une réunion par première intention presque complète dans les deux cas.

Nous n'avons pu trouver, dans l'emploi comparatif de l'esprit de vin pur et camphré, de différence sensible d'efficacité. Mais il est juste de dire que l'eau-de-vie camphrée a été bien plus souvent mise en usage que les autres alcools; je le répète donc, malgré l'absence de preuve certaine, je ne suis pas éloigné de croire que le camphre est quelquefois un adjuvant utile.

Pour le degré de concentration, on tiendra compte de la constitution médicale, de l'état local de la plaie, de l'état général du malade, des susceptibilités individuelles. On variera la force et l'énergie de cet agent puissant selon les besoins du moment, selon les indications, soit en le faisant préparer d'avance tel qu'on le désire, soit en y versant soi-même plus ou moins d'eau à l'instant où l'on va s'en servir.

Son action doit être continue; et la principale précaution à pren-

dre, que n'oubliera jamais le chirurgien, c'est de veiller à ce que la charpie soit toujours humide. Il sera donc bon d'en superposer toujours une épaisseur convenable, deux plumasseaux par exemple, et de les entourer de compresses, de bandes. Souvent même, lorsque la température sera élevée, il ne sera pas inutile d'envelopper le tout de taffetas gommé pour diminuer l'évaporation, empêcher le desséchement de la plaie et l'adhérence des linges à sa surface. Dans certains cas, il est nécessaire de faire deux pansements par jour, ou au moins d'arroser plusieurs fois dans les vingt-quatre heures les pièces qui les composent avec le liquide ordinaire ; il n'y a jamais à cela d'inconvénient, il peut y avoir des avantages incontestables ; c'est au praticien à en apprécier l'opportunité.

Rien n'est donc plus simple ni plus facile à exécuter que ce mode de traitement. *Il est moins compliqué, plus rapide et plus propre que tous les autres.* — *Moins compliqué et plus rapide*, — cela va de soi et résulte des quelques mots de description que nous venons d'exposer ; — *plus propre*, — il suffit de s'en servir pendant quelques jours pour en être convaincu. En effet, les bords de la plaie ne sont pas constamment salis par lui comme par les corps gras qui s'amassent tous les jours et les font disparaître sous leurs couches nombreuses, en même temps qu'ils leur communiquent une odeur désagréable. Enfin, la suppuration est beaucoup moindre avec cet appareil qu'avec tout autre; mais c'est un point sur lequel je reviendrai plus tard, à propos de la physiologie pathologique.

Les personnes qui n'ont pas encore employé l'alcool de cette manière ne manqueront pas de craindre qu'il ne soit très-douloureux : pourtant il n'en est rien. Il est vrai qu'au moment même de son application le malade éprouve une sensation de cuisson, mais qui ne va jamais jusqu'à la douleur véritable. D'ailleurs, ce réveil de la sensibilité ne dure que quelques minutes, et le calme le plus absolu lui succède ; il n'existe que pour les deux ou trois premiers pansements ; il disparaît ensuite. Nous verrons pourquoi.

Cette petite souffrance est si peu redoutée des malades, qu'en général ils demandent à être pansés plusieurs fois par jour, à cause du soulagement qui arrive quelques instants après. Ils ne parlent jamais, quand on les interroge sur ce point, que d'un sentiment de froid qu'ils ressentent au premier moment. C'est ce qui les frappe le plus et leur est le plus désagréable. Pour supprimer ce refroidissement et l'effet qu'il produit, il convient de choisir un alcool plus fort et d'y verser, à l'instant même où l'on va l'utiliser,

une certaine quantité d'eau ; la température du mélange s'élève immédiatement.

Ce pansement est donc au moins de la plus grande innocuité. Pour que la preuve soit complète, il nous suffira, après avoir déclaré que l'observation d'un grand nombre de malades ne nous a jamais montré l'ombre d'un accident, qu'il jouit d'une efficacité remarquable : cette efficacité est rendue clairement évidente par l'examen des faits. Il est donc temps de donner la relation de quelques-uns d'entre eux.

La présence même, au fond de la plaie, d'organes délicats, tels qu'une artère ou une veine, ne doit point inspirer de craintes de complications, comme le prouve l'observation I.

Je ne puis consigner ici toutes mes observations, ni exposer en détail celles que je vais rapporter, l'espace dont je dispose serait trop insuffisant. Je me bornerai donc en général à présenter un résumé très-succinct des fragments qui ont trait au sujet qui nous occupe. A la fin du travail, pour qu'on puisse juger l'ensemble, nous établirons une statistique complète de tout ce que nous avons vu.

Obs. I. Un jeune homme, Hœnig (Ernest), âgé de vingt-deux ans, est opéré le 11 janvier 1864 d'une tumeur ganglionnaire fibro-plastique de l'aine, tumeur un peu moins grosse que le poing, adhérente à la gaîne des vaisseaux fémoraux. Le premier jour, il est pansé avec de la charpie sèche. Le 12 janvier, malgré la présence des vaisseaux au fond de la plaie, sur la prescription de M. Nélaton, on emploie la charpie imbibée d'eau-de-vie camphrée. Au bout de quatre jours, le cordon blanc qui représentait la gaîne des vaisseaux a disparu, il est recouvert par une couche de fines granulations roses ; la suppuration est insensible ; la plaie a un aspect vermeil excellent. Les bords sont rapprochés. Depuis l'opération, le malade n'a pas eu de fièvre ; il a conservé son appétit.

La réunion a lieu par seconde intention, suivant une ligne sinueuse et déprimée.

La guérison est complète le 25 janvier.

Obs. II. Une femme de cinquante-deux ans, Goupil (Jeanne), subit l'amputation du sein droit, le 18 janvier 1864, pour un cancer assez volumineux. Les lèvres de la plaie, qui a 18 centimètres transversalement, sont rapprochées par trois bandelettes de diachylon seulement, de façon à ne pas cacher les parties dénudées sur lesquelles on applique la charpie imbibée d'alcool.

Dès le deuxième jour, une couche de lymphe plastique s'épanche entre les bords de la plaie. Il survient, le troisième jour, un très-léger mouvement fébrile, qui disparaît très-rapidement. L'appétit se soutient ; l'état général se relève. Suppuration très-minime. Aspect vermeil de la plaie ; pas de bourgeons exubérants ; granula-

tions fines. Réunion par seconde intention. Guérison complète le 12 février.

Obs. III. Le 28 janvier, un homme de cinquante-sept ans, Gilliard (Georges), est opéré d'un énorme lipome pesant 5 livres, qui siégeait à la partie inférieure de l'abdomen, au niveau du canal inguinal. Une plaie de 20 centimètres de longueur est laissée à nu et pansée à l'alcool. Les phénomènes généraux sont nuls; les phénomènes locaux, que je ne veux pas répéter à satiété, sont les mêmes que dans les deux cas précédents.

La réunion par seconde intention est parfaite le 15 février. Le malade a presque toujours été pansé deux fois par jour.

Ainsi, d'après les observations qui précèdent, auxquelles nous pourrions en ajouter beaucoup d'autres sans rien changer aux conclusions qui résultent des faits, d'après celles qui suivent çà et là dans le cours de ce travail, le pansement des plaies par l'alcool est d'une simplicité extrême, d'une innocuité complète, et d'une efficacité qui ne peut être dépassée par aucune autre méthode de traitement. Nous avons à démontrer maintenant qu'elle ne peut être égalée.

Inutile de développer encore les deux premières vérités; quant à la troisième, quoiqu'elle ressorte clairement déjà de tout ce qui a été dit, il ne sera peut-être pas sans intérêt d'y revenir encore pour en chercher la raison. Il nous sera facile, en effet, de prouver qu'elle n'a rien d'inattendu, mais qu'elle devait être prévue.

Lorsqu'on suit attentivement les malades ou lorsqu'on analyse avec soin leurs observations, on s'aperçoit immédiatement de ce fait : l'opéré qui porte une plaie pansée à l'alcool est dans un état général excellent; véritablement, en s'approchant de son lit, on ne se douterait pas qu'il est victime d'une mutilation quelquefois très-étendue. En un mot, le malade paraît être en pleine santé. Au lieu d'un amaigrissement plus ou moins marqué, d'une fièvre notable, d'une mine chétive, d'un teint pâle, d'un appétit languissant, d'une langue sale, d'un embarras gastrique très-fréquent, il a de l'embonpoint, pas de trace de fièvre, une figure colorée, un appétit normal, une langue rosée; et si, après avoir observé l'ensemble de l'individu, on jette un coup d'œil sur son mal, au lieu d'une plaie de mauvais aspect, dont les bords sont décollés, dont la surface est recouverte de bourgeons charnus végétants, et qui fournit une grande quantité de pus, on aperçoit une plaie dont les bords parfaitement adhérents sont au niveau de la superficie de l'espace dénudé, qui est unie, rosée, et ne présente que de petites granulations recouvertes de lymphe, et qui ne donnent qu'une suppura-

tion presque imperceptible. Plus de ces plaies dont la cicatrisation est interminable, et d'où jaillissent des flots de pus, qui sont constamment menacées de pourriture d'hôpital et d'érysipèle, avec lesquelles on craint tous les jours l'infection purulente.

Je n'ai point l'intention pourtant d'affirmer ici que l'alcool met irrévocablement à l'abri de tous ces dangers, et qu'il est une panacée universelle. Loin de moi une semblable pensée; il n'est point ici question de merveilleux. Deux ou trois faits viennent d'ailleurs de passer sous nos yeux qui doivent fixer nos idées. Ils n'ôtent rien à la valeur du traitement par l'alcool, si ce n'est ce caractère d'infaillibilité qui n'est jamais qu'un leurre, et qui fait plus de tort aux agents qui en sont décorés que quelques accidents ordinaires, inhérents à la nature même des choses. Quelque héroïque que soit le médicament, il a à soutenir une lutte contre la maladie. Il ne peut supprimer l'épidémie, mais atténuer ses manifestations et en diminuer le nombre. Il ne peut pas davantage réformer la constitution des individus, mais seulement la relever momentanément.

Physiologie pathologique et action thérapeutique de l'alcool. — Comment meurent les malades affectés de plaies traumatiques ou chirurgicales, ou quels sont les accidents qui entravent leur guérison ?

Ils meurent par épuisement lent et progressif, par infection purulente, par pourriture d'hôpital, par érysipèle, par angioleucite, par phlébite; je ne parle point de la terminaison par hémorrhagie, par douleur excessive, par délire nerveux, par tétanos, par emphysème traumatique, etc., car je n'ai point observé ces complications depuis que mon attention est attirée sur le sujet qui m'occupe aujourd'hui, et j'ignore quelle est l'action de l'agent proposé relativement à leur marche et à leur prophylaxie. Je ne veux point sortir du cercle des faits bien observés pour me lancer dans le champ des hypothèses.

1° Les principales causes de l'épuisement chez les blessés et les opérés, c'est la fièvre, le défaut d'alimentation par suite de la diminution de l'appétit, le mauvais état de la plaie et la suppuration.

2° La cause de l'érysipèle est de nature épidémique la plupart du temps; mais l'érysipèle n'est pas une inflammation franche, il s'accompagne presque toujours d'adynamie. D'un autre côté, la manière d'être de la solution de continuité a certainement de l'influence sur son invasion.

3° Cette influence est prépondérante dans la production de l'angioleucite et de la phlébite.

4° Nous ne savons quelle est l'essence de l'infection purulente, mais il est trop avéré que l'existence d'une surface dénudée suppurante en est, sinon l'origine, au moins l'occasion.

Nous ne voulons entrer pour le moment dans aucun développement, mais il résulte clairement de ce qui précède que les accidents qui emportent les opérés reconnaissent deux ordres de causes; les unes générales, les autres locales, qui réagissent les unes sur les autres, s'engendrent mutuellement et concourent au même terme.

Action générale. — Le pansement à l'alcool exerce son action sur l'état local de la plaie, sur l'état général de l'individu ; de là sa puissance. Son premier mode d'effet est déjà incontestable pour nous, d'après les observations citées plus haut; il sera prouvé ultérieurement jusqu'à l'évidence. Le deuxième mode, moins facile à saisir, dans beaucoup de cas, d'une façon palpable, demande à être démontré immédiatement, aussi nous empressons-nous d'en donner sur-le-champ une preuve irrécusable (1).

Un malade entre à l'hôpital des Cliniques dans le courant de décembre 1863, porteur d'une énorme tumeur siégeant à la partie postérieure de la jambe gauche. Cette tumeur est enlevée, et laisse à nu une immense surface dénudée, s'étendant du creux poplité au talon. Elle est pansée à l'alcool, et des symptômes d'*ébriété* manifeste éclatent, qu'il est impossible de rapporter à toute autre cause. Sans aucun doute une *ivresse* ainsi déterminée paraîtra singulière, mais sa réalité ne saurait être récusée, et elle donnera la clef et l'explication de phénomènes moins tranchés quoique très-apparents encore. Cette observation est très-intéressante à divers titres, cependant j'en supprime tout ce qui n'a pas trait directement à mon sujet.

Obs. IV. *Enorme tumeur siégeant à la face postérieure de la jambe gauche : kyste hématique etc., datant de dix ans. Ablation. Pansements à l'alcool. Ebriété. Guérison sans accidents.*

Obs. V. Dufresne Victor, vingt-sept ans, maçon, entre le 5 décembre 1863 dans le service de M. le professeur Nélaton, pour une énorme tumeur du mollet. Je passe immédiatement à l'opération.

Elle est exécutée le 11 décembre. La masse est sphérique et son diamètre n'est guère moindre que la longueur de la jambe. Elle est sous et intra-musculaire. Quelques portions très-petites, qui pénètrent profondément entre le tibia et le péroné sont laissées et réservées pour être détruites plus tard par le caustique. La partie dure

(1) Les notes qui m'ont servi à rédiger l'observation m'ont été fournies en grande partie par M. Drinkare, externe à la Clinique, en 1863.

est constituée par des dépôts fibrineux comme ceux des sacs anévrysmaux, et par des plaques calcaires, phosphate et carbonate de chaux. Le reste est formé par un kyste sanguin très-considérable.

Après cette extirpation, il reste une énorme cavité béante, aussi longue que le tibia, qui est comblée par de la charpie imbibée d'eau-de-vie camphrée.

Le 13 décembre. Le malade va bien, mais il a eu de la fièvre la veille. La plaie pansée à l'alcool a un excellent aspect ; elle est rosée; une abondante couche de lymphe plastique la recouvre.

Le 14 décembre. C'est à peine si les objets de pansement sont souillés de pus. Le malade ne prend encore avec plaisir que des bouillons et des potages ; il se sent un peu étourdi et a une certaine tendance à la loquacité, quoique d'un naturel peu parleur.

Le 16 décembre, à la fin de la journée, il a une *véritable ivresse alcoolique*, tout à fait comparable à celle qui suit l'ingestion des liqueurs dans l'estomac. Il veut se lever, il se croit guéri, il cause beaucoup et haut, il se prépare à chanter. Dans la nuit, il tombe de son lit. Ces phénomènes, curieux dans l'espèce, ne peuvent être attribués aux boissons prises par le malade, nous en avons la certitude à peu près complète ; il faut les rapporter à l'alcool absorbé par la vaste surface dénudée de la jambe. Cette surface est rutilante, elle est toujours baignée par la lymphe coagulable. Elle ne fournit réellement pas de pus. Elle est très-unie. Sa régularité n'est troublée que par l'existence de portions de tumeur qui ont été laissées entre les deux os de la jambe et qui semblent d'ailleurs avoir déjà diminué.

Le 17 décembre. Tremblement des lèvres. On employait chaque jour pour son pansement un demi-litre d'eau-de-vie.

Le 18 décembre. Les symptômes d'ébriété ne se sont pas montrés de nouveau ; il est vrai qu'une certaine quantité d'eau a été mélangée à l'esprit de vin. Sous le pansement à l'alcool la plaie est rouge, mais elle n'a que peu de tendance à granuler, ou du moins les granulations qui la recouvrent sont très-fines et n'ont nullement besoin d'être réprimées, comme cela est si fréquent. Ce qu'elle a de remarquable aussi, c'est qu'elle ne répand, même lorsqu'elle est à nu, aucune mauvaise odeur, et ne déverse sur les pièces de pansement qu'infiniment peu de pus.

Les choses marchent ainsi avec la plus grande régularité jusqu'au commencement de janvier 1864. La plaie se rétrécit et continue à ne donner qu'une faible quantité de liquide purulent ; l'eau-de-vie camphrée des hôpitaux est mélangée de moitié d'eau pour être appliquée au pansement. Le malade dort beaucoup.

Au 1er janvier la cavité à combler est encore considérable ; des parties malades laissées au fond, il ne reste plus qu'un bourgeon brunâtre gros comme le pouce ; presque tout a disparu. L'état général de l'opéré est toujours bon, il mange une portion avec appétit.

Le 15 janvier. Il maigrit un peu, cependant on lui donne du vin de quinquina, mais il est pansé avec de la charpie imbibée d'un mélange d'eau et d'eau-de-vie camphrée. La plaie est toujours belle ;

elle donne seulement du pus maintenant d'une façon apparente, quoique en faible proportion, eu égard à l'étendue de la surface sécrétante. Ce n'est pas que l'alcool affaibli ne soit suffisamment actif ici, mais le pansement devrait être renouvelé deux fois par jour.

Le 2 février. Le malade continue à maigrir, il dit avoir un peu de diarrhée, mais il est impossible de savoir dans quelle mesure, tant son intelligence est obtuse. Il porte une légère excoriation à la peau de la région sacrée. Il est en effet, depuis l'opération, presque constamment dans le décubitus dorsal.

18 février. Le tubercule que nous avons signalé au fond de la plaie a disparu peu à peu, il n'existe plus ; celle-ci se rétrécit tous les jours ; elle se cicatrise du fond vers la superficie ; sa couche granuleuse est toujours presque imperceptible.

15 mars. L'état général est redevenu florissant ; les joues se remplissent et se colorent ; la petite eschare a guéri par le pansement à l'alcool, qui continue d'être appliqué à la grande plaie. Cette dernière est d'ailleurs presque complétement fermée. Elle ne consiste plus qu'en un sillon longitudinal, dans lequel on loge chaque jour quelques bourdonnets de charpie.

21 mars. Le malade est en parfait état, il se lève et marche avec des béquilles.

12 mai 1864. Il part aujourd'hui pour son pays, ne portant plus sur la face postérieure de la jambe qu'une cicatrice étroite, et un mollet qui a singulièrement diminué de volume.

Voilà donc un fait qui me semble parfaitement établi : *une certaine quantité d'alcool a été absorbée par une plaie récente, est passée dans le torrent circulatoire,* et a agi à la façon des liqueurs ingérées dans l'estomac ; elle a manifesté sa présence par une action spéciale et élective sur les centres nerveux. Certes il n'y a rien là de bien surprenant au premier abord ; cependant je suis fort satisfait que les choses se soient déroulées devant nous d'une manière aussi claire et aussi facile à interpréter, car l'évidence n'est jamais trop lumineuse en matière de physiologie pathologique, comme en matière de physiologie normale. Car en l'absence de ces témoignages irréfutables, on n'aurait pas manqué de m'objecter, si j'avais affirmé l'absorption de l'alcool par une plaie, que le premier effet de ce liquide est de faire contracter, de rétrécir les vaisseaux, de coaguler l'albumine, et par conséquent de recouvrir la surface dénudée d'une couche plus ou moins imperméable. Et les raisons qu'on en aurait tirées auraient eu d'autant plus de valeur en apparence, qu'elles auraient été fondées sur des faits irrécusables. Nous le dirons à notre tour plus loin, et nous le démontrerons, l'alcool coagule en effet l'albumine à la surface des plaies, et amène une certaine rétraction des petits vaisseaux ; mais cette albumine oppose-t-elle une barrière infranchissable à la pénétration au-des-

sous des liquides qui l'imprègnent. Cette rétraction vasculaire anéantit-elle la faculté absorbante des capillaires? Notre observation prouve qu'il n'en est point ainsi. Quant à la quantité d'alcool qui passe par imbibition dans la circulation, il nous est impossible de l'apprécier, et elle doit varier selon l'étendue de l'application, le degré de l'*esprit*, qui est fort divers, sa quantité, l'étendue et l'âge de la plaie, sa situation, et peut-être aussi suivant plusieurs circonstances individuelles, dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer.

Les effets qui résultent du passage de l'alcool dans le sang vont rarement sans doute jusqu'à l'ivresse, mais ils se traduisent par une *action générale tonique et stimulante*, qui soutient les forces du malade et lui communiquent une excitation qui hâte et simplifie la cicatrisation des plaies. Ils régularisent le jeu des grandes fonctions, et mettent l'économie dans une disposition favorable à l'accomplissement rapide de ce que nous appelons les phénomènes locaux.

Action locale. — *Ces phénomènes dits locaux*, parce qu'ils intéressent plus particulièrement l'état physique de la plaie, vont nous occuper maintenant.

L'alcool active la sécrétion de la lymphe plastique. Nous disions tout à l'heure qu'il coagule l'albumine sur la surface dénudée ; cette propriété coagulante est tellement connue, que nous n'avons pas besoin d'y insister encore.

Son action astringente et styptique ne doit pas davantage nous arrêter longtemps. Elle n'est pas moins claire que la précédente ; c'est sur elle que reposent en partie les heureux effets de l'alcool, mais elle n'empêche pas l'absorption. D'ailleurs, il est vrai que le perchlorure lui-même, qui est bien autrement styptique, est résorbé. Je l'ai vu en quelques minutes, à la suite de pulvérisations dans le pharynx, passer dans le sang, où il était décelé dès que les animaux étaient sacrifiés.

Selon que les bords de la solution de continuité sont au contact, ou qu'ils sont éloignés et qu'ils laissent à nu par conséquent une superficie plus ou moins étendue, les choses se passent d'une manière fort différente.

Réunion immédiate. — Dans le premier cas *la réunion par première intention* a lieu fréquemment. L'influence avantageuse de l'eau-de-vie camphrée sur ce résultat ne saurait être l'objet d'une contestation. Inutile de citer quatre plaies de tête dans lesquelles elle a été obtenue, car on pourrait me répondre qu'il n'y a rien là que de très-commun. Mais je ne crois pas qu'il soit hors de propos, au

contraire, d'insister à ce sujet sur l'ablation de diverses tumeurs qui fut suivie du même mode de guérison.

Obs. V et VI. Il s'agit d'abord de deux énormes tumeurs fibreuses du maxillaire inférieur, occupant la moitié du corps de l'os et une grande partie de la branche montante correspondante ; l'une était du volume de la tête d'un fœtus de huit mois, et l'autre plus grosse qu'une tête de fœtus à terme ; en effet, sa circonférence avait 44 centimètres. Elles furent enlevées avec la moitié de l'os dont elles faisaient partie. Une suture fut appliquée à l'extérieur, pendant qu'à l'intérieur on pansait la surface dénudée et la ligne de contact avec de la charpie imbibée d'alcool. La réunion immédiate eut lieu sur toute l'étendue de la plaie, sauf à sa partie la plus déclive, dans un espace de 2 centimètres. Là, la solution de continuité perpétuellement traversée par les liquides de la bouche, mit quelques jours à se fermer.

Obs. VII et VIII. Pour deux monstrueux lipomes pédiculés du bras, pesant six livres et huit livres, un résultat plus complet encore fut atteint, quoique l'état général des malades, âgés de cinquante-huit et de soixante ans, fût assez peu satisfaisant. Il l'était d'autant moins chez l'un d'eux, que la tumeur ulcérée depuis longtemps fournissait une grande quantité de pus. Est-il juste d'attribuer la rapidité de la cicatrisation à l'eau-de-vie camphrée ?

Obs. IX. Enfin, je ne puis oublier de noter encore le fait d'une femme de trente-trois ans qui portait un lipôme à la partie postérieure du tronc, derrière l'omoplate droite. Après l'ablation, on appliqua trois bandelettes de diachylon pour tenir les lèvres de la plaie rapprochées sans les cacher, on recouvrit celles-ci de charpie alcoolisée. Au bout de vingt-quatre heures la réunion était parfaite.

Je m'arrête ici, et j'ajoute seulement que dans les cas où la réunion immédiate n'a pas été obtenue, la réunion par *seconde intention* a été très-prompte. Je pourrais, bien entendu, à ce propos, citer des exemples extrêmement nombreux, mais je craindrais de m'engager dans des détails fastidieux et inutiles. Je me hâte d'arriver à des faits plus intéressants. Voyons donc ce qui se passe quand il existe de vastes surfaces dénudées.

(*La fin au prochain numéro.*)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Procédé pour rechercher et doser l'arsenic dans le sous-nitrate de bismuth.

Par M. A. Glénard (1).

Les sous-nitrates de bismuth que livrent à la pharmacie les fabriques de produits chimiques sont fréquemment arsenicaux. La

(1) Extrait du *Journal de médecine de Lyon*, septembre 1864.

présence de l'arsenic, même en très-minime proportion, dans un médicament employé à si hautes doses, est un fait grave et dont il peut résulter de sérieux inconvénients et même des dangers.

Il importe donc, avant d'accorder sa confiance à un sous-nitrate de bismuth, avant qu'on le livre à la consommation, qu'il soit scrupuleusement essayé, et que sa pureté ait été rigoureusement constatée.

Le mode d'essai que l'on suit habituellement consiste dans l'emploi de l'appareil de Marsh, qui permet de déceler les plus faibles traces d'arsenic; mais ce mode d'essai a ses inconvénients. Il exige du temps, un outillage, une certaine habitude opératoire, toutes choses qui ne se trouvent pas toujours réunies chez le pharmacien. Il en résulte que le plus ordinairement le sous-nitrate de bismuth n'est pas essayé; il est acheté *de confiance* et employé de même, et le pharmacien s'expose et expose ses clients aux graves conséquences qui peuvent résulter de la vente ou de l'emploi d'un médicament de mauvaise qualité.

La méthode que je propose pour l'examen des sous-nitrates de bismuth peut se diviser en deux parties : 1° essai qualitatif; 2° essai qualitatif et quantitatif à la fois; je vais les exposer sommairement.

1° *Essai qualitatif.* — Ce mode d'essai est basé sur ce fait que, quand on calcine un composé arsenical avec un peu d'acétate de potasse ou de soude, il se dégage une odeur détestable de cacodyle, odeur parfaitement reconnaissable quand on l'a sentie une fois et tout à fait caractéristique. Voici comment il faut opérer pour la dégager d'un bismuth arsenical.

Sur la pointe d'un couteau de platine, ou sur un fragment de capsule, ou encore dans un petit tube fermé par un bout, on place une très-petite pincée de sous-nitrate en poudre; on calcine sur une lampe pour chasser l'acide nitrique; puis on ajoute sur la poudre même un peu d'acétate de potasse ou de soude (un morceau de la grosseur d'une forte tête d'épingle); puis on chauffe de nouveau modérément et on flaire de temps en temps. Pour peu que le sous-nitrate contienne de l'arsenic, on le reconnaît à l'odeur qui se dégage, odeur alliacée bien marquée. S'il n'en contient pas, on ne sent que l'odeur piquante provenant de la décomposition de l'acétate.

Cet essai révèle les plus faibles traces d'arsenic et n'exige, pour être accompli, que deux ou trois minutes.

2° *Essai quantitatif.* — Quand, par l'épreuve précédente, on a constaté l'existence de l'arsenic dans le produit examiné, on peut

désirer se rendre compte soit approximativement, soit exactement, de la quantité de ce métalloïde qui y est contenue.

On y arrive très-facilement et très-promptement par le procédé suivant, qui n'est que l'application de ce fait bien connu que l'acide arsénieux, chauffé au contact de l'acide chlorhydrique, se transforme en chlorure d'arsenic volatil, lequel, s'échappant avec le gaz chlorhydrique, peut être conduit et condensé dans de l'eau, d'où, à l'aide de certains agents, on peut ensuite le retirer et le peser.

Voici le mode opératoire : Calciner 5 à 10 grammes de sous-nitrate dans un petit têt en terre ou dans une capsule pour bien chasser l'acide nitrique et transformer l'arséniate en arsénite. Il faut éviter de faire fondre l'oxyde restant. Si on a pesé la capsule avec son contenu, on peut, en la pesant de nouveau après la calcination, constater la perte en eau et acide qu'a éprouvée le sel : c'est un renseignement qui peut avoir son utilité.

Le produit de la calcination est mélangé et trituré dans un petit mortier avec la moitié de son poids de sel marin fortement calciné ou même fondu. Le mélange est introduit dans une petite cornue tubulée bien sèche. La tubulure est fermée à l'aide d'un bouchon qui porte un entonnoir à robinet, ou un tube en S, ou bien un tube simplement effilé, et par lequel on pourra introduire de l'acide sulfurique. Le col de la cornue, à l'aide d'un caoutchouc ou d'un tube en verre, s'adapte avec un tube en forme d'U dans lequel on a mis de l'eau distillée, quelques centimètres cubes seulement, de telle sorte que, lorsque le dégagement de gaz a cessé, le liquide ne puisse remonter par absorption dans la cornue.

L'appareil ainsi monté, on introduit de l'acide sulfurique concentré dans la cornue, quelques gouttes d'abord. Il n'est pas besoin de dire que cet acide doit être pur et absolument exempt d'arsenic. Le gaz chlorhydrique se dégage immédiatement et va se condenser dans l'eau du tube. On ajoute de nouvelles portions d'acide et on laisse la réaction s'opérer d'abord à froid. Puis on chauffe doucement jusqu'à ce qu'il ne se dégage plus d'acide chlorhydrique.

Cela fait, on prend le liquide du tube en U, on le transvase dans une petite éprouvette à pied ; on y ajoute son volume d'eau distillée, et on y fait passer un courant d'acide sulfhydrique, de manière à le sursaturer de gaz.

Si le bismuth essayé était arsenical, ce liquide, sous l'influence de l'acide sulfhydrique, ne tarde pas à se troubler et à fournir un précipité jaune de sulfure d'arsenic. On laisse déposer, puis on re-

cueille sur un petit filtre taré; on lave, on sèche à 100 degrés et on pèse. La différence de poids indique la quantité de sulfure d'arsenic, et par suite d'acide arsénieux ou arsénique provenant de la quantité de sous-nitrate soumise à l'analyse.

Cette opération, comme on peut en juger, est très-simple et n'exige ni beaucoup de temps ni une habileté exceptionnelle; elle confirme et précise à la fois les indications fournies par l'essai au moyen de l'acétate de potasse ou de soude.

Encore un mot sur le résidu de l'opium épuisé par l'eau.

L'analyse des substances végétales est une science à surprise, puisqu'il suffit d'une chaleur trop prolongée, d'un abaissement de température, d'un orage, d'un retard, d'un oubli dans une manipulation, ou bien encore de l'emploi d'un agent nouveau pour y développer des corps inconnus, ou changer la nature de ceux qu'on espérait obtenir.

Voici un nouvel exemple à l'appui de cette observation :

Résidu de l'opium épuisé par l'eau, réduit en poudre grossière....................	60 grammes.
Acide sulfurique concentré.............	20 grammes.

Mêlez intimement les deux substances dans un mortier de porcelaine; après huit jours de contact, ajoutez :

Eau ordinaire froide..................	300 grammes.

Mêlez, laissez les trois substances en contact pendant huit jours; après ce temps, exprimez fortement; filtrez au papier.

La colature qu'on obtient est limpide, d'une couleur jaune ambrée, d'une odeur très-prononcée d'opium.

Versez dans cette liqueur et par petites portions :

Carbonate de chaux.......................	Q. S.

pour que la liqueur ne rougisse plus le papier de tournesol; étendez le magma qui en résulte dans une assiette pour la porter à l'étuve.

Lorsque cette chaux opiacée est bien séchée, on la triture dans un mortier pour la réduire en poudre, on la met dans un flacon avec le double de son poids d'alcool rectifié; après quelques jours de contact on filtre au papier, on distille ou on laisse évaporer l'alcool; on obtient pour résidu une matière jaune d'une odeur suave, qui a de l'analogie avec l'héliotrope, la vanille; elle est due à une huile essentielle. Cette matière est insoluble dans l'eau, elle est soluble en

partie dans l'alcool rectifié, l'éther sulfurique et l'eau acidulée d'acide acétique ; si on laisse cristalliser, on obtient des cristaux aiguillés unis à d'autres qui n'ont pas de formes déterminées.

Ces cristaux, n'ayant pas d'autre intérêt qu'un commun produit de curiosité, nous n'avons pas poussé au delà nos recherches.

Actuellement, si on distille à feu nu ou dans un petit alambic en verre du résidu d'opium épuisé par l'eau et bien sec, on obtient d'abord une liqueur incolore, d'une odeur d'opium très-prononcée, d'une saveur repoussante qui provoque le vomissement.

Si on continue à chauffer, l'opium se boursoufle, il distille alors une matière goudronneuse empyreumatique fétide.

Stanislas MARTIN.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Note sur l'emploi du vin à haute dose dans le traitement de la forme infectieuse de la diphthérie.

« Le praticien qui n'a pas su vaincre la terreur que
« lui inspire la médication stimulante est incapable
« de traiter une maladie générale ou même une in-
« flammation locale secondaire. »
(Stokes, *Traité des maladies du cœur*, Trad. Sénac.)

Des diverses formes de la diphthérie la plus redoutable est sans contredit celle que l'on a désignée sous le nom de diphthérie maligne, diphthérie infectieuse, *malignant diphtheria* des auteurs anglais.

Fréquente dans les siècles précédents, où elle a donné lieu à ces terribles épidémies d'angines dites gangréneuses, cette maladie avait disparu au commencement de ce siècle, du moins de notre pays ; mais depuis un certain nombre d'années, et notamment à Paris depuis dix ans, elle sévit avec une nouvelle intensité.

Les travaux de Bretonneau, Trousseau, Blache, Roger et Barthez sur ce sujet sont trop connus pour qu'il y ait besoin de les rappeler ici ; et cependant le traitement de la diphthérie infectieuse est encore à trouver.

Les médecins sont comme désarmés en présence de cette redoutable affection, qui tue les adultes aussi bien que les enfants, parfois d'une manière foudroyante. La trachéotomie même, cette précieuse et dernière ressource, est entre leurs mains une arme inutile, car les signes de l'intoxication diphthérique bien confirmés dès le

ment sont une contre-indication de l'opération, et bon nombre de malades succombent sans avoir présenté aucun signe d'asphyxie laryngée.

Ayant vu un enfant dans une situation très-grave, désespérée même, se rétablir grâce à l'emploi d'un moyen très-simple, l'usage du vin à haute dose, j'ai cru utile de publier l'observation, dans le but surtout d'attirer l'attention sur une médication qui, peu connue en France, est très-usitée en Angleterre dans le traitement des maladies aiguës ; et bien qu'elle n'ait pas été encore employée, du moins à notre connaissance, contre les affections diphthéritiques, elle me paraît devoir trouver dans ces cas une application parfaitement justifiée par l'analogie des indications.

Obs. — *Diphthérie infectieuse. — Angine et laryngite diphthéritiques. — Diphthérite cutanée. — Trachéotomie. — Emploi du vin à haute dose. — Guérison.* — C*** (Albert), âgé de trois ans. Enfant lymphatique, d'une constitution chétive, rachitique, d'une bonne santé habituelle.

Le 1er novembre, ce petit garçon est pris de coryza avec un peu de toux sans aucun caractère spécial, au dire des parents. En même temps il perd sa gaieté, refuse de jouer, dort mal la nuit, ne mange plus et se plaint de douleur à la gorge en avalant.

Le 2 novembre, un engorgement ganglionnaire apparaît à la mâchoire inférieure.

Le 4 au matin, altération de la voix, qui est un peu éteinte, avec timbre rauque de la toux, ce qui effraye les parents. Un médecin appelé prescrit un vomitif avec tartre stibié 0,10 centigrammes.

Le 5. Respiration gênée et sifflante. Un nouveau vomitif avec du tartre stibié, que l'enfant refuse de prendre.

Le 6. Dyspnée considérable avec menace d'asphyxie. Un autre médecin appelé à la hâte ordonne le traitement suivant [1] :

1° Maintenir continuellement des morceaux de glace dans la bouche de l'enfant.

2° Appliquer un large vésicatoire sur la région thoracique antérieure.

Appelé à trois heures auprès de l'enfant, je le trouve en proie à une asphyxie imminente. La face est pâle blafarde, livide, les yeux sont excavés, et l'enfant est dans un état d'insensibilité à peu près complète.

Je fais retirer le vésicatoire, qui, malheureusement, avait déjà mis le derme à nu, et j'envoie le petit malade à l'hôpital des Enfants, où il est opéré immédiatement après son entrée (service de M. Roger, salle Saint-Louis).

---

(1) Je n'insiste pas sur ce point pour critiquer la conduite d'un confrère, mais pour montrer combien bon nombre de médecins, malgré les nombreux travaux faits à ce sujet, comprennent peu le traitement de la diphthérie, tel que le comporte la forme actuelle qu'a revêtue cette funeste affection.

Le 7 novembre, premier jour après l'opération, l'enfant paraît soulagé, toute menace d'asphyxie a disparu. Le visage est meilleur, mais toujours d'une pâleur remarquable, les yeux sont cernés et excavés. Les ganglions sous-maxillaires sont volumineux, et le tissu cellulaire qui les entoure présente un engorgement considérable. Les deux amygdales, les piliers antérieurs et la paroi postérieure du pharynx sont recouverts de fausses membranes molles, grisâtres, exhalant une odeur fétide. Pas de coryza. Légère diarrhée verdâtre, porracée. Le pouls est à 140. La respiration, qui se fait 36 fois par minute, est assez facile, nullement bruyante à la canule, et s'accompagne d'une expectoration claire, liquide, peu abondante. A l'auscultation on entend de gros râles dans les deux poumons, puis à la base droite des râles humides assez fins ; légère submatité à la percussion.

Plusieurs fausses membranes molles, diffluentes, minces, ont été expulsées après l'opération. L'enfant a pris un peu de vin et de lait.

Le 8 novembre, deuxième jour après l'opération, la nuit a été agitée. L'enfant est toujours abattu, prostré, le facies est livide ; la peau est sèche et chaude, 140 pulsations. Respiration sèche et fréquente. Plusieurs fausses membranes ont encore été expulsées. Des râles humides assez fins existent aux deux poumons, à la base. L'enfant a pris du bouillon, du vin et du lait.

Le 9 novembre, troisième jour après l'opération, nuit très-mauvaise, fièvre intense, 140 pulsations. La respiration est à 44 par minute. L'engorgement ganglionnaire sous-maxillaire est toujours très-considérable. De plus, le vésicatoire que l'enfant avait à la poitrine avant son entrée à l'hôpital est recouvert d'une couche épaisse de fausses membranes.

Lotions avec du vin aromatique, pansement avec de la poudre de quinquina.

Le 10 novembre, quatrième jour après l'opération, même état. L'enfant ne rend plus de fausses membranes et reste trois heures sans canule.

Le 11 novembre, cinquième jour, même état toujours grave. La canule est retirée, et dès lors le petit malade s'en passe parfaitement. La plaie a bon aspect, n'est pas ulcérée. Les ganglions du cou diminuent de volume. Il existe par moment un souffle comme voilé, comme lointain, à la base des deux poumons, du poumon droit surtout, les râles humides sont moins abondants. L'enfant refuse toute alimentation et ne prend qu'un peu de vin sucré.

Le 12 novembre, sixième jour, nuit très-pénible, prostration marquée. L'enfant n'a pris qu'un peu de vin.

Le 13 novembre, septième jour, la fièvre est toujours aussi intense. Le pouls à 140, la respiration à 44. Malgré de nombreux pansements, la plaie du vésicatoire s'agrandit, s'ulcère, se creuse à son centre. Une couche de fausses membranes grisâtres la recouvre ; ces fausses membranes sont très-adhérentes, on ne peut les détacher ; la plaie saigne au moindre contact et fournit une suppuration

abondante. Lotions avec décoction de ratanhia, jus de citron, pansement avec la poudre de quinquina.

Le 14 novembre, huitième jour, état très-grave, dyspnée, respiration fréquente, bruyante, trachéale, 44 par minute, râles vibrants dans les deux poumons; quelques râles humides avec souffle à la base droite. L'enfant refuse tout aliment et depuis hier n'a même pas voulu boire du vin ; la déglutition des liquides produit quelquefois des quintes de toux assez pénibles.

Le 15 novembre, neuvième jour après l'opération, l'enfant est emmené de l'hôpital par ses parents, suivant le conseil de M. Roger; le soir je le trouve dans l'état suivant :

Prostration profonde, indifférence complète à tout ce qui l'entoure, regard voilé, visage pâle, sans aucune trace de cyanose.

La peau est chaude, très-sèche, le pouls à 144, la respiration sèche, assez bruyante, n'est pas pénible, 32 inspirations par minute; à l'auscultation gros râles dans les deux poumons, plus marqués en arrière, avec léger souffle à la base gauche, souffle non constant, plus intense à la base droite.

La plaie du cou a bon aspect et tend à se rétrécir; la plaie du vésicatoire est énorme, s'étend depuis l'épigastre jusqu'à l'extrémité supérieure du sternum, mesure 12 centimètres de hauteur sur 12 de largeur ; des fausses membranes grisâtres, très-adhérentes, la recouvrent partout, excepté au centre, où existe une large ulcération à bords irréguliers, déchiquetés, comme taillés à pic et fournissant une suppuration abondante.

L'enfant refuse toute espèce d'aliments solides et liquides ; depuis six heures qu'il est rentré dans sa famille, il a tout repoussé.

La plaie est pansée avec un mélange de la poudre suivante :

Poudre de quinquina..................	12 grammes.
Calomel............................	2 grammes.
Sous-nitrate de bismuth..............	4 grammes.

Je recommande aux parents d'user de leur influence pour faire accepter à l'enfant un peu de nourriture, et de lui accorder tout ce qu'il demandera, quels que soient ses caprices.

Le 16 novembre, la nuit a été pénible, anxieuse, agitée, sans sommeil. L'enfant n'a rien mangé, mais a bu à plusieurs reprises du vin sucré avec plaisir. Je recommande aux parents de lui donner autant de vin qu'il en voudra, et je fais mettre 50 grammes d'eau-de-vie dans une bouteille de vin de Bordeaux.

Même pansement.

Le 17 novembre. Depuis hier le petit malade a bu en vingt-quatre heures une bouteille de vin de Bordeaux et 30 grammes d'eau-de-vie; aucune autre nourriture; même état; la nuit a été sans sommeil; agitation continuelle.

Le 18 novembre. Hier l'enfant a bu une bouteille et demie de vin et 50 grammes de rhum; ce matin il paraît un peu mieux; le regard est meilleur, et il y a eu cinq heures de sommeil; pouls à 120.

Même pansement de la plaie, qui reste stationnaire et suppure abondamment.

Le 19 novembre. Le refus absolu des aliments persiste, mais une bouteille de vin et 30 grammes de rhum ont été absorbés. La nuit a été bonne, six heures de sommeil; pouls à 120.

Le 20 novembre, Albert se soutient; état toujours grave, mais en somme un peu d'amélioration. La fièvre est moins forte, le pouls est à 112; le souffle, moins faible, n'existe plus qu'à la base droite, mêlé de quelques gros râles; l'enfant ne mange absolument rien, mais continue à prendre comme tisane du vin pur sucré, additionné de 50 grammes de rhum ou d'eau-de-vie par litre de vin. Il le refuse s'il est mélangé d'eau ou coupé avec une infusion de mauve.

Le 21 novembre. L'enfant, pour la première fois, a pris un peu de panade; la plaie du cou est en très-bon état et à moitié fermée; continuation du vin, une bouteille par jour, sans addition de rhum.

Le 22 novembre. L'enfant a pris hier deux potages; la plaie de la poitrine est en voie d'amélioration, elle ne s'est pas étendue; toute trace de diphthérite a disparu, la surface présente une belle couleur rouge, recouverte de bourgeons charnus. Je cautérise la plaie avec le crayon de nitrate d'argent, et pour éviter les pansements, qui sont très-redoutés par l'enfant, je la recouvre de bandelettes de diachylon imbriquées (pansement par occlusion de M. Chassaignac).

Le 23 novembre. L'enfant va bien, il a mangé hier un peu de viande et demandé divers aliments; la gaieté commence à revenir, il joue sur son lit; la plaie du cou est presque fermée, il ne reste plus qu'un petit pertuis par où s'échappent les mucosités bronchiques. La voix est en partie revenue; l'examen de la poitrine donne des résultats très-satisfaisants, on ne constate plus aucun souffle, aucun râle fin; quelques gros râles sonores persistent seuls, au niveau des grosses bronches.

Le 25 novembre. La plaie commence à diminuer d'étendue, la suppuration est beaucoup moindre. Même pansement. L'enfant se nourrit d'une façon satisfaisante; à mesure qu'il prend des aliments, je fais diminuer la quantité de vin, qui n'est plus que d'une demi-bouteille par vingt-quatre heures.

Le 28 novembre. La plaie du cou est complétement fermée; l'enfant parle et crie à haute voix; l'état général est très-satisfaisant; pas de fièvre. Respiration normale, bon appétit, le visage est très-bon; mais le petit malade est d'une faiblesse extrême, il ne peut se tenir sur ses jambes; il n'y a aucune paralysie ni du voile du palais, ni des extrémités.

La plaie de la poitrine a diminué d'un tiers. Même pansement.

Le 3 décembre. La plaie est réduite de moitié.

Le 10 décembre. La plaie est complétement fermée, l'enfant est guéri, mais il ne peut encore se lever, et les forces ne reviennent que très-lentement; bon appétit, bon sommeil.

Ce n'est que dans les premiers jours de janvier que l'enfant a pu faire quelques pas.

Depuis, j'ai revu l'enfant en très-bon état de santé.

Réflexions. — Ce fait est un exemple assez remarquable de diphthérie infectieuse, à forme lente. Ce serait, suivant M. Barthez, un

de ces cas de croup infectieux d'emblée, où les signes d'intoxication et ceux d'asphyxie marchent simultanément. Sauf le coryza, nous retrouvons ici tous les signes qui ont été donnés comme caractérisant l'empoisonnement diphthérique : début insidieux de la maladie, affaissement, prostration marquée, décoloration profonde des téguments, visage pâle, livide, pouls petit, misérable, diphthérie cutanée, engorgement des ganglions sous-maxillaires; inappétence complète, répulsion insurmontable pour toute espèce d'aliments, et enfin la prédominance des symptômes généraux qui l'emportaient de beaucoup en gravité sur les symptômes locaux.

En effet, les fausses membranes sont restées limitées à l'arrière-gorge et au larynx ; aucune tendance à envahir les fosses nasales, à s'étendre à la trachée, aux bronches, et, s'il y a eu un moment où les symptômes d'asphyxie ont été imminents, la trachéotomie en a fait promptement justice. Quatre jours après l'opération, toute trace d'asphyxie avait disparu, il ne se formait plus de fausses membranes, l'enfant pouvait se passer de canule et était guéri du croup ; mais l'état général n'en était pas moins grave, l'intoxication diphthérique subsistait.

Le grand danger était dans cette persistance opiniâtre de l'enfant à refuser toute nourriture, sous quelque forme qu'on la lui présentât. Il n'est pas rare, comme on le sait, de voir des enfants opérés du croup, en bonne voie d'amélioration, mourir de faim malgré les instances, les prières, les menaces mêmes de leurs parents, si bien que, dans ces cas, MM. Trousseau et Guersant n'hésitent pas à employer le cathétérisme de l'œsophage pour les alimenter de force.

Notre petit malade est resté huit jours sans prendre aucun aliment et aurait infailliblement succombé sans l'emploi des stimulants à haute dose. Grâce au vin, l'enfant a pu se soutenir, résister, et en fin de compte, triompher de tous les dangers.

Les bons effets de ce traitement n'ont pas été longs à se manifester. Dès le troisième jour, il survient une amélioration sensible : le pouls diminue de fréquence et se relève, les nuits sont moins pénibles, le sommeil revient et les symptômes généraux s'amendent.

Ce qui m'a frappé et m'a paru remarquable, c'est la quantité de vin relativement très-grande qu'a absorbée cet enfant d'une façon continue, sans éprouver le moindre inconvénient. Pas le moindre signe d'ivresse, pas d'excitation, pas de délire, pas de céphalalgie, pas de coma. Or, cette tolérance des alcooliques se trouve notée par tous les médecins qui ont expérimenté ce mode de traitement dans diverses maladies.

La médication alcoolique dans le cours des maladies aiguës, peu employée en France, est d'un usage vulgaire en Angleterre. Il suffit, pour s'en convaincre, de lire les ouvrages classiques de Todd, de Stokes, et les nombreux articles publiés à ce sujet dans les divers journaux et recueils de médecine anglais. Le nombre des maladies dans lesquelles l'emploi des stimulants est recommandé est très-grand. Nous citons : le typhus, la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives (variole, scarlatine graves), le délirium tremens, les érysipèles typhoïdes, les pneumonies typhoïdes, les pleurésies, les péricardites et endocardites de forme typhoïde, en un mot, toutes les maladies générales et locales ; car, suivant l'expression de Stokes, « on peut dire qu'il n'est aucune inflammation locale qui contre-indique d'une façon absolue l'administration du vin, lorsque l'état général du malade réclame l'emploi de cet agent thérapeutique [1]. »

C'est surtout dans les cas graves, désespérés même, que ce traitement paraît avoir obtenu des résultats avantageux, je dirai même étonnants, quand on voit des malades atteints de rhumatisme aigu avec péricardite, pneumonie d'un côté, et pleurésie de l'autre, prendre par vingt-quatre heures 750 grammes d'eau-de-vie pendant onze jours et guérir. Le médicament, car l'alcool et le vin sont des médicaments, doivent être donnés à haute dose, si bien qu'un médecin anglais, qui a traité dernièrement cette question avec de longs détails, S. Beale [2], donne le précepte suivant :

« Il est très-important et même, dans quelques cas, très-difficile de déterminer la quantité exacte de stimulant qui doit être donnée, mais en règle générale il faut s'en tenir à ceci : une dose plus forte qu'il ne le faut ne fait pas de mal. » Aussi voyons-nous le même médecin prescrire pendant dix jours, et cela avec succès, à un enfant chétif, atteint de rhumatisme aigu avec épanchement péricardique, 350 grammes d'eau-de-vie par jour.

Peut-être verra-t-on dans les faits que nous venons de rapporter trop d'enthousiasme, un peu d'exagération ; mais qu'on lise les nombreuses observations publiées par Stokes, et, bien qu'elles ne soient pas toujours aussi complètes qu'on le désirerait, on sera frappé de voir les bons effets obtenus grâce à des quantités considérables de vin (750 grammes par jour), plus deux verres d'eau-de-vie.

Ce qui m'a surtout frappé, c'est la façon dont les alcooliques

---

(1) Stokes. Ouvrage cité.

(2) *British medical Journal* (1863).

étaient supportés : jamais d'intoxication ni de vomissements ; au contraire, il est un fait acquis et sur lequel M. Monneret ([1]) a insisté avec raison, c'est que des malades qui ne peuvent prendre aucune espèce d'aliment, et qui rejettent instantanément le lait et le bouillon, supportent très-bien le vin, et cela en très-grande quantité. Non-seulement les alcooliques sont facilement tolérés et n'ont pas d'inconvénients, mais encore leur administration amène promptement les résultats suivants : le délire est prévenu, ou cesse s'il existait déjà ; la céphalalgie disparaît ; les sécrétions rénales et cutanées sont augmentées ; la langue, de sèche devient humide ; le pouls devient moins fréquent et augmente de force ; la respiration diminue de fréquence, même dans les cas de pneumonie. Or, d'après ce que nous savons actuellement des propriétés physiologiques de l'alcool, grâce aux travaux de Ludger Lallemand, Maurice Perrin et Duroy ([2]), il est facile de nous rendre compte de ses effets thérapeutiques.

L'alcool, comme on l'a cru pendant longtemps, n'est pas un aliment. Liebig l'avait rangé parmi les aliments de respiration, à cause des effets stimulants et réconfortants qui suivent son ingestion et de sa composition chimique, à côté de la fécule, du sucre, des matières grasses. Mais l'alcool n'est ni transformé ni détruit dans l'organisme ; il est éliminé, sans subir de modifications dans l'économie, et, par conséquent, ne donne pas naissance à des corps résultants de son oxydation, tels que l'aldéhyde, l'acide acétique. Ce n'est que dans l'estomac qu'il est susceptible d'éprouver une modification, car une petite fraction de l'alcool ingéré s'y convertit en acide acétique sous l'action du suc gastrique et du mucus, qui agissent alors comme ferment ; mais cette action toute locale et spéciale à l'estomac cesse dès que l'alcool a pénétré dans le torrent circulatoire. Il est éliminé par les poumons, par la peau et par les reins.

A l'inverse des aliments qui restaurent les forces sans que l'organisme soit le moins du monde troublé, l'alcool provoque immédiatement, même à dose modérée, une excitation du système nerveux qui retentit dans toute l'économie ; une dose plus élevée produit une perturbation profonde des fonctions de l'encéphale, qu'une nouvelle ingestion finit par suspendre complétement.

En admettant cette action physiologique de l'alcool, qui nous pa-

---

([1]) De l'emploi du vin et des toniques dans le traitement de la fièvre typhoïde (*Bulletin de Thérapeutique*, t. LXVIII).

([2]) Du rôle de l'alcool et des anesthésiques dans l'organisme. Paris (1860).

naît concorder parfaitement avec les résultats fournis par la thérapeutique, on comprend parfaitement que plus l'état général est grave, plus l'adynamie est profonde, plus le malade est prostré, plus il a besoin de stimulants, plus les alcooliques doivent être donnés à haute dose, et l'on ne s'étonne plus des quantités parfois énormes d'eau-de-vie et de vin absorbés par certains malades. Telle quantité d'alcool qui, dans l'état sain, produirait une ivresse profonde et des accidents terribles, sert dans l'état de maladie à exciter le système nerveux privé de son stimulus habituel; d'où la tolérance très-grande du médicament. On peut dire que l'état adynamique met tous les malades dans la condition des gens habitués aux boissons alcooliques, qui peuvent en consommer impunément des doses considérables.

Dans le fait que nous avons rapporté au commencement de ce travail, au moment où nous avons prescrit l'usage du vin, nous ne cherchions à obtenir que le résultat suivant : soutenir le petit malade, réveiller ses forces et lui permettre de vivre quelques jours de plus, en attendant que les fonctions gastriques fussent rétablies au point de vue de l'alimentation. Cette médication n'agit que momentanément, d'une façon purement palliative, de même que la trachéotomie, en remédiant à l'asphyxie, n'avait pas guéri l'enfant et l'avait sauvé seulement d'un danger immédiat.

Mais il semble que la médication alcoolique fasse plus encore et exerce sur les maladies une action curative. Pour Stokes, le vin agit directement sur le cœur et remédie à l'affaiblissement et au ramollissement des ventricules qui se rencontrent dans toutes les maladies à forme adynamique.

Bœker [1], s'appuyant sur des expériences personnelles, soutient que l'ingestion de l'alcool a pour effet de diminuer le mouvement de désassimilation, et s'oppose à l'amaigrissement et à la déperdition des tissus si manifeste dans les maladies fébriles continues. Pour Beale [2], l'alcool agit en modérant la croissance des produits de nouvelle formation, des exsudats par exemple, favorise leur disparition et tend ainsi à arrêter le processus inflammatoire.

Les fonctions cérébro-spinales ne peuvent se maintenir qu'à la condition d'un contact incessant et d'une action réciproque entre le sang et la matière nerveuse. — Quand le sang se répare par une alimentation riche en principes plastiques, la nutrition est com-

---

(1) *British and foreign medico-chirurgical review*, t. III (1854).

(2) *Loc. cit.*

plète, l'innervation est puissante, les forces physiques sont entières, et l'ensemble des fonctions s'accomplit avec régularité.

Quant, au contraire, par l'effet d'une alimentation insuffisante ou nulle, le sang s'appauvrit dans ses éléments plastiques et globulaires, on voit survenir l'affaissement des forces physiques et des troubles plus ou moins graves de l'innervation. Il existe ainsi une relation étroite entre le système nerveux et le liquide sanguin qui est son stimulant physiologique. A côté de celui-ci, ou à son défaut, les forces déprimées peuvent être soutenues par une excitation qui agit directement sur le système nerveux. L'alcool nous paraît posséder cette action spéciale; absorbé et porté rapidement dans la matière nerveuse, il produit une stimulation générale, il réveille les forces et diminue l'épuisement de l'organisme, sous une apparence de réconfortation momentanée.

Liebig a parfaitement exprimé cette manière d'agir: « L'eau-de-vie, dit-il, par son action sur les nerfs, permet à l'ouvrier qui ne peut se procurer la quantité d'aliments nécessaires à son entretien, de réparer aux dépens de son corps la force qui lui manque, de dépenser aujourd'hui la force qui, dans l'ordre naturel des choses, ne devrait s'employer que demain. C'est comme une lettre de change tirée sur sa santé, et qu'il lui faut toujours renouveler, ne pouvant l'acquitter faute de ressources. Il consomme son capital au lieu des intérêts, de là inévitablement la banqueroute de son corps [1]. »

L'alcool ne doit donc pas être considéré comme un aliment, mais comme un modificateur spécial du système nerveux, et, s'il contribue à la nutrition, ce n'est pas activement, comme une substance alimentaire, mais d'une manière indirecte, en exerçant une influence modératrice sur la décomposition organique. Il peut agir encore à la manière des condiments aromatiques, en stimulant les forces digestives et assimilatrices.

Aussi, sans adopter complétement ces idées purement théoriques, instruit par les faits que nous avons rapportés, convaincu du peu de danger de ce traitement, n'hésiterons-nous pas, en présence de ces cas de diphthérie infectieuse dont le pronostic est presque toujours fatal, à tenter dès le début de la maladie l'administration du vin à haute dose. Si l'enfant refusait absolument de boire, on aurait toujours la ressource de prescrire le vin, ou mieux l'alcool, en lavements; de cette façon l'absorption est aussi rapide et l'action du médicament aussi efficace.

---

(1) Liebig, *Lettres sur la chimie*; édition française publiée par Gerhard (1852).

Notre but sera atteint si nous avons réussi à prouver dans ce travail que la médication alcoolique employée dans un certain nombre de cas déterminés, s'appuyant sur nos connaissances physiologiques, n'est ni dangereuse, ni anti-rationnelle.

Dr BRICHETEAU,
Ancien interne des hôpitaux.

Question de la thoracentèse : réclamation.

Je trouve dans l'avant-dernier fascicule du *Bulletin de Thérapeutique* une citation qui me concerne et que je ne puis laisser passer sans rectification.

Dans son article sur la thoracentèse, mon excellent collègue, le docteur Marrotte, reproduit le passage suivant du discours de M. Béhier, discours qui a clos la discussion à la Société médicale des hôpitaux :

« Bien sincèrement, si les quinze malades de M. Woillez ont présenté des épanchements qui diminuaient rapidement sous l'influence des moyens médicaux ordinaires, il n'a pas beaucoup à se réjouir de ne pas les avoir opérés ; sur de semblables malades, les personnes qui ont soutenu ici la thoracentèse auraient agi comme lui. »

Le docteur Béhier m'a prêté là, sans le vouloir bien certainement, une assertion par trop naïve : celle de m'être réjoui de n'avoir pas opéré quinze malades chez lesquels l'épanchement pleurétique diminuait rapidement sous l'influence des moyens médicaux ordinaires. Si je me suis réjoui de quelque chose, c'est d'avoir vu l'emploi du cyrtomètre *m'empêcher d'opérer inutilement,* alors que les indications habituelles (rappelées par M. Béhier dans ses conclusions) semblaient indiquer formellement l'opération, et cela chez quinze sujets qui ont continué à être traités et qui ont guéri par des moyens simplement médicaux.

Je n'ai, d'ailleurs, qu'à renvoyer au texte même de la discussion publiée dans les Actes de la Société.

Veuillez, mon cher confrère, faire insérer cette rectification dans votre estimable journal. J'y tiens d'autant plus que je n'ai pu relever l'erreur involontaire de M. Béhier au moment de la discussion, mon honorable collègue s'étant réservé naturellement, en sa qualité de président, de parler le dernier.

WOILLEZ,
Médecin de l'hôpital Cochin.

BIBLIOGRAPHIE.

Maladies des organes génitaux externes de la femme. **Leçons professées à l'hôpital de Lourcine par M. Alp. Guérin, rédigées par le professeur sur les notes recueillies au cours par M. Picard, interne des hôpitaux.**

Si l'on doit juger de l'importance d'un sujet par le nombre considérable de livres et de monographies qui lui sont consacrés, aucun ne saurait être plus digne de fixer l'attention que la syphilis. Si les auteurs ne s'entendent pas sur l'ancienneté de cette maladie, et s'il faut arriver jusqu'au seizième siècle pour trouver les traces incontestables de travaux relatifs à cette affection, on reconnaîtra que depuis lors les médecins n'ont pas cessé de s'en occuper. Dans un article de ce genre, il ne nous est pas permis d'aborder la question historique; aussi en arriverons-nous sans transition à l'examen du livre de M. Guérin, nous contentant seulement de signaler le grand mouvement qni s'est produit spécialement dans notre siècle. Un de nos savants maîtres s'est emparé avec un rare mérite et une verve saisissante de la question, et, chef de doctrine ingénieuse, il a séduit par ses leçons et sa remarquable pratique plusieurs générations médicales. Est-il besoin de nommer M. Ricord? S'assimilant et vulgarisant les idées de Hunter, les parant du charme de son enseignement, il a élevé un monument doctrinal complet, qui restera à jamais comme une des plus ingénieuses conceptions de l'esprit. Ajoutons encore que les remarquables divisions qu'il a fait admettre dans l'évolution des accidents syphilitiques n'ont pas la simple séduction d'une attrayante théorie, mais que l'habile chirurgien a pu, avec un discernement au-dessus de tout éloge, tracer la thérapeutique spéciale de chaque groupe d'accidents, et qu'il a rendu le plus signalé service en faisant entrer dans la matière médicale un des médicaments les plus utiles et aux plus fécondes applications, l'iodure de potassium. Nous sommes d'autant plus heureux de rendre cette justice à M. Ricord, qu'il n'a pas hésité, devant la production de faits nouveaux, à donner l'exemple d'une loyauté trop rare, lorsque, chef d'école, il pouvait, malgré l'évidence de ces faits, protester, certain dans sa résistance d'être suivi encore par de nombreux partisans.

De la grande et intéressante école du Midi sont sortis de nombreux élèves distingués, qui ont depuis agrandi le champ des connaissances syphilographiques, et les matériaux nombreux et si riches puisés par des travailleurs intelligents tant à l'hôpital du Midi qu'à

Lourcine, à Saint-Lazare, etc., ont encore contribué à enrichir la science. Nous ne pouvons malheureusemont dire que tous ces efforts ont produit une entente désirable, et si l'on s'est bien entendu pour combattre certains points d'une doctrine, on n'a pu parvenir à en édifier une autre. Si un livre est capable de concourir à l'apaisement de toutes ces divergences qui persistent plus vives que jamais, c'est bien celui qui, tout entier consacré à l'étude clinique, ne procède dans sa marche à travers les difficultés de la science que par l'étude analytique faite au lit du malade. Tel est le livre de M. Guérin, qui, suivant l'heureuse expression de notre collègue, M. Verneuil, est une reproduction photographique du service de l'hôpital de Lourcine.

Dans son introduction, l'auteur, exposant quelques généralités sur le traitement des affections de l'utérus, s'élève avec raison contre l'abus des cautérisations pratiquées avec une exagération coupable; il insiste sur le peu d'importance, dans la grande majorité des cas, des ulcérations du col qui, produites le plus souvent par l'inflammation, disparaissent spontanément, ou cèdent sous l'influence des moyens les plus simples. Abordant ensuite l'histoire de la syphilis chez la femme, il signale la différence des manifestations de cette maladie dans les deux sexes, au point, dit-il, que les médecins qui n'ont étudié la vérole qu'à l'hôpital du Midi, se trouvent dans un grand embarras quand ils sont appelés à donner leurs soins aux femmes vénériennes.

M. Guérin consacre sa première leçon à des études préliminaires. Après avoir donné les préceptes les plus pratiques sur le mode d'examen des malades, il fait ainsi l'exposé de ses croyances : 1° il y a incubation ; 2° le chancre induré, qui ne s'inocule pas sur le malade lui-même, n'est inoculable que sur un individu vierge de syphilis ; 3° la dualité du virus est une vérité. — Ces quelques mots suffiront pour donner l'idée exacte des opinions de l'auteur.

La deuxième leçon contient l'histoire du chancre non infectant ou chancre mou. Le caractère distinctif de cette ulcération, qui paraît plus particulièrement pathognomonique à M. Guérin, est le suivant : Quand ce chancre a une certaine étendue, les bords de l'ulcère s'avancent un peu vers son centre, sans adhérer aux parties sous-jacentes. Quant à la consistance de la base et des bords qui a servi à distinguer le chancre induré, elle est très-nette en théorie, dit l'auteur, mais souvent très-difficile à préciser sur le malade. Ajoutez que sous certaines influences irritantes le chancre mou présente une base.

Dans les cas types, la différence est sans doute des plus tranchées;

mais il n'en est pas toujours ainsi, et de plus, le chancre chez la femme, quoique infectant, paraît manquer souvent de l'induration. Pour distinguer la nature vraie du chancre, on serait donc dans le plus grand embarras si l'on n'avait la ressource de l'inoculation. Tout chancre qui se reproduit sur la malade qui en est affectée est bénin. — Il n'est pas besoin de dire que cette opinion, très-nettement exprimée par M. Guérin, n'est pas admise par tous les syphilographes, et M. Bernutz affirme que tous les chancres du col, quoique inoculables, peuvent donner naissance aux accidents constitutionnels. En signalant cette divergence, nous établissons que tout n'est pas dit encore sur cette question si délicate de la dualité du virus syphilitique. Il était important de signaler la différence des caractères physiques des chancres du col utérin, et de plus la non-infaillibilité, comme moyen diagnostic, de l'inoculation de cette ulcération. Parmi les singularités du chancre mou, on avait signalé comme un fait avéré que jamais il n'était céphalique, et M. Ricord disait qu'en vingt-cinq années de pratique, il n'avait jamais rencontré à la tête que des chancres infectants. Cette opinion, qui avait été acceptée dans la science, a été depuis victorieusement combattue. Nous ne suivrons pas davantage l'auteur dans cette histoire du chancre mou. Nous dirons seulement qu'elle est faite avec une conscience parfaite, et avec un grand sens pratique. Si M. Guérin ne parvient pas à renverser toutes les objections, elle n'en est pas moins des plus intéressantes. Une seule remarque suffira pour montrer l'imperfection du diagnostic; dans une même semaine nous avons vu deux femmes en proie aux accidents constitutionnels qui, toutes deux, traitées par un éminent syphilographe, avaient été considérées comme atteintes de chancres bénins, et n'avaient subi pour tout traitement que la cautérisation.

La troisième leçon est consacrée à l'histoire du bubon; l'auteur en admet trois espèces : 1° le bubon inflammatoire; 2° le bubon provenant d'un chancre mou; 3° le bubon qui est l'indice de l'infection syphilitique. — L'auteur indique la rareté du bubon accompagnant le chancre mou chez la femme. Ainsi, tandis qu'à l'hôpital du Midi 207 chancres non infectants ont donné naissance à 63 bubons, à Lourcine, sur le même nombre de chancres, on trouverait à peine une vingtaine de bubons. — M. Guérin, dans le traitement, adopte le vésicatoire comme le moyen le plus puissant et le plus certain, et il repousse l'idée des médecins qui croient que rien ne peut conjurer la suppuration. Toute la leçon quatrième est consacrée au traitement du bubon.

La cinquième leçon traite du chancre induré. — Une étude historique complète, quoique rapidement faite, sert de préambule à cette leçon, et l'auteur vante tout particulièrement l'ouvrage de M. Bassereau. On nous permettra de ne pas insister sur ce sujet; les discussions qu'il a soulevées et qui ne sont pas arrivées à leur terme, ont donné lieu à de nombreuses publications trop connues de nos lecteurs pour être reproduites ici; disons seulement que M. Guérin adopte en tous points les opinions de M. Bassereau, qui peuvent se résumer en ces termes : Il y a un chancre qui, dans aucune circonstance, ne peut donner lieu à des accidents constitutionnels, tandis qu'il y en a un autre qui les engendre fatalement, et qui se reproduit toujours semblable à lui-même. Malheureusement, disons-le encore, le diagnostic conserve des obscurités que rien dans certains cas ne saurait dissiper, pas plus les recherches cliniques que les recherches histologiques contradictoires de MM. Wirchow, Lebert et Baerensprung. — On lira avec un vif intérêt l'exposé du diagnostic différentiel très-bien fait dans la sixième leçon. M. Guérin donne un résumé consciencieux et bien fait de l'état actuel de la science.

La septième leçon est consacrée à l'histoire des plaques muqueuses. M. Guérin les considère comme l'accident constant de la vérole chez les femmes. Déjà MM. Davasse et Deville en avaient signalé la fréquence, et si ces auteurs n'ont pas reconnu l'existence constante de cet accident, c'est qu'ils n'ont pas recherché la plaque muqueuse à la bouche et à l'isthme du gosier, où, suivant notre auteur, elles se rencontrent aussi souvent qu'à l'anus et qu'aux organes génitaux. — M. Guérin résume avec le plus grand soin l'histoire des plaques muqueuses, rapportant toutes les tentatives et les résultats des inoculations, et en arrivant finalement à reconnaître que si le chancre paraît l'accident initial presque constant de la syphilis chez l'homme (sur 826 observations de syphilis constitutionnelle, 815 fois on a trouvé le chancre induré comme point de départ chez l'homme. *Fournier*), il n'en est pas de même chez la femme (sur 69 femmes syphilitiques, on n'a trouvé le chancre initial que 51 fois. *Fournier*).

Le traitement de la syphilis est ensuite donné avec toute l'étendue que réclame cet important sujet. Comme l'auteur admet l'incubation, c'est assez dire qu'il repousse tout traitement abortif, et que dès le début, aussitôt que le diagnostic ne laisse aucun doute, il traite son malade. Il passe en revue successivement toutes les médications mercurielles, puis l'iodure de potassium, l'hydrothérapie, etc., et après avoir reconnu la possibilité de rencontrer des sy-

philis rebelles aux traitements rationnels, il examine avec un soin louable certains moyens empiriques, comme la vaccination et la syphilisation. La vaccination est victorieusement combattue et repoussée par M. Guérin, qui avait eu l'occasion de juger cette méthode proposée par M. Lukomski, et soumise à l'examen de la Société de chirurgie. M. Guérin terminait son intéressant rapport, en disant que M. Lukomski n'avait pas même la priorité de son erreur. — Il est inutile de dire qu'il repousse également la syphilisation, qui, dangereuse, est incapable de déterminer une guérison ou de produire une immunité. Nous sommes malheureusement forcé de terminer cette analyse en signalant seulement, sans nous y arrêter, plusieurs excellentes leçons sur la syphilis des femmes enceintes et des nouveau-nés, sur la vulvite, sur la vaginite, sur la blennorrhagie, avec un examen très-complet des doctrines diverses sur cette affection; sur l'esthiomène de la région ano-vulvaire, sur les kystes du vagin. Le volume est enfin complété par un recueil d'observations bien faites, et qui seront des pièces justificatives. Arrivé au terme de cet article, que nous avons le regret d'écourter, nous croyons devoir nous résumer en insistant sur l'importance du livre de M. Guérin; manuel clinique, essentiellement pratique, il est écrit avec une conviction profonde, et si toutes les idées de l'auteur ne sont pas admises, on reconnaît avec satisfaction qu'elles sont exposées avec une entière bonne foi et sans parti pris. M. Guérin développe, en effet, avec un soin égal, ses propres opinions et celles qu'il combat. Le lecteur peut juger sans prévention et avec tous les éléments qui lui permettent de donner à son jugement les meilleures garanties.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Emploi de la laminaire digitée dans le traitement du rétrécissement de l'urèthre. Nos lecteurs peuvent se rappeler que nous leur avons signalé l'an dernier une substance proposée par un médecin anglais, le docteur Sloan, comme moyen nouveau de dilatation, pour remplacer l'éponge préparée, la racine de gentiane, etc. Il s'agit des tiges de la *laminaria digitata*, plante marine d'une structure exclusivement celluleuse, capable de perdre, en se desséchant, une notable proportion de son volume, et de le récupérer par l'humidité, et qui a en même temps l'avantage d'être douée d'une ténacité considérable. Cette substance est entrée immédiatement dans la pratique courante, et nous l'avons vue mise en usage avec succès par le docteur Giraud-Teulon pour obtenir la dilatation des voies lacrymales.

Son emploi vient d'être essayé dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre, par le docteur Collis, chirurgien de l'hôpital de Meath, à Dublin. Il n'est pas douteux, d'après les propriétés de cette plante, qu'elle ne puisse exercer une action favorable

dans cette sorte d'affection, en dilatant les points rétrécis du canal à un degré considérable et avec rapidité, puisque les bougies préparées avec la laminaire doublent de volume dans l'espace de quatre heures. Mais cette faculté, précieuse dans certains cas, n'est-elle pas susceptible de devenir un danger dans certains autres, et tout particulièrement dans la stricture uréthrale?

Ce danger ne nous paraît pas douteux; car il est clair que, si la bougie était conduite au delà du point rétréci, toute la partie le dépassant se développerait autant que possible, tandis que celle située au niveau du rétrécissement ne le ferait qu'à un moindre degré: d'où une difficulté à retirer l'instrument, de la douleur pour le malade, et le risque de voir la bougie se briser et d'en laisser un fragment engagé dans l'urèthre ou abandonné dans la vessie. Aussi, est-il expressément recommandé de mesurer soigneusement la distance du méat au siége de la stricture avant d'introduire la bougie, et de la placer de façon que son extrémité n'aille pas plus loin que le point où s'arrête le rétrécissement.

On voit que l'application de la laminaire digitée au traitement des rétrécissements uréthraux n'est pas sans présenter des inconvénients et des difficultés; et ces difficultés, sans être invincibles, ces inconvénients, sans être inévitables, sont peut être suffisants pour empêcher l'adoption de cet emploi dans la pratique.

Mais il est d'autres circonstances où la laminaire est appelée à rendre des services, cela n'est pas douteux, et sans présenter les mêmes dangers: ainsi, pour procurer la dilatation de l'urèthre de la femme dans les cas de calculs ou de corps étrangers dans la vessie, pour élargir un trajet fistuleux au fond duquel se trouve un séquestre ou un projectile à extraire. (*Dublin quart. of med. sc.*, mai 1864.)

Traitement du nævus érectile par les applications topiques de perchlorure de fer. Nous avons fait connaître l'an dernier un procédé mis en usage avec succès par M. le professeur N. Guillot, pour le traitement topique des tumeurs érectiles par le perchlorure de fer: il consiste, on s'en souvient, à détruire l'épiderme sur la tumeur au moyen d'une ou deux applications d'une solution concentrée de potasse caustique, puis à y étendre, en y revenant à plusieurs fois, la solution normale du persel de fer (*Bull.* LXV, 232). On peut aussi, comme l'a fait M. Guersant, recourir au vésicatoire pour enlever l'épiderme (*Bull.* LXIV, 490). Le procédé employé par M. le docteur Leclerc, de Rouillac, donne des résultats d'un effet plus lent, mais tout aussi bons, à en juger par les faits suivants.

L'un de ces cas est celui où M. Leclerc a, pour la première fois, essayé ce moyen. Il s'agit d'une petite fille de treize mois, affectée d'une tumeur érectile congénitale ayant son siége dans l'oreille droite et autour. Tous les tissus environnants étaient affectés à une profondeur indéterminée. Il fut prescrit d'imbiber trois ou quatre fois par jour une certaine quantité de charpie avec la solution suivante: eau distillée, 120 grammes; perchlorure de fer liquide, 10 grammes. La tumeur s'est flétrie peu à peu sous l'influence de ce traitement qui, commencé en juin 1853, était terminé en février 1854. A cette époque, la région parotidienne droite restait beaucoup plus volumineuse que l'autre, et les parties flétries avaient encore une coloration rouge rappelant la première couleur de la tumeur. Depuis, non-seulement la guérison s'est maintenue, mais la tumeur s'est affaissée complétement et *la peau a repris sa coloration normale.*

Dans d'autres cas, M. Leclerc, au lieu d'une solution affaiblie, s'est servi de la solution chloroferrique à 30 degrés. C'est aussi celle qu'a employée M. le docteur Babu, médecin adjoint à l'hôpital général de Clermont-Ferrand, dans le second cas que nous avons maintenant à faire connaître.

C'est celui d'une petite fille chez laquelle, le 7 mai 1862, une semaine après sa naissance, on s'aperçut d'une petite tache semblable à une piqûre de puce, siégeant à la partie antérieure et moyenne de la poitrine. Cette prétendue piqûre de puce n'était autre chose qu'un nævus érectile, qui s'accrut avec une telle rapidité, que, le 26 juin, il avait atteint la dimension d'une pièce de 1 franc, et, le 4 août, ne mesurait pas moins de 6 à 7 centimètres de diamètre sur 3 ou 4 de saillie. La peau qui le recouvrait était partout violacée et très-amincie. En présence d'un accroissement aussi rapide, il était nécessaire de prendre un parti. Les parents ayant refusé la destruction au moyen du fer rouge qui

fut proposée par un chirurgien appelé en consultation, M. Babu institua le traitement par les applications topiques de perchlorure de fer, lequel, en cas d'insuccès, laissait la faculté de revenir à tel autre moyen qui pourrait paraître convenable.

Le 8 août, la tumeur fut recouverte de tampons de charpie imbibés de perchlorure de fer à 30 degrés, application qui fut renouvelée ensuite trois fois par jour. L'enfant supporta très-bien ces pansements sans se plaindre. Dès le premier jour, il se forma sur toute la surface de la tumeur une sorte d'escarre rougeâtre, épaisse de 2 millimètres, laquelle gagna ensuite chaque jour en épaisseur, sans paraître provoquer la moindre souffrance. Le 29 août, vingt et un jours après la première application, il y avait une croûte de 2 centimètres d'épaisseur, friable, facile à casser, se détachant à la circonférence, et laissant suinter un peu de suppuration sous ses bords; érythème assez intense au pourtour. Le 7 septembre, l'escarre tombe; légère hémorrhagie facilement arrêtée avec de la charpie sèche. La tumeur est affaissée, n'a plus que 4 centimètres de diamètre et une saillie seulement de quelques millimètres; cicatrice partout formée, excepté au centre, où se trouvait une ulcération assez profonde. Le 18 octobre, cette ulcération n'était pas encore cicatrisée; cependant, certains points de la tumeur paraissant reprendre de l'accroissement, on badigeonne ces parties avec le perchlorure de fer liquide, à l'exception de la portion ulcérée qui est pansée avec du cérat. Sans insister davantage sur les détails, nous nous bornerons à dire que ce traitement fut continué suivant ces données, avec quelques interruptions, jusqu'au 10 février 1863, époque où la dernière escarre tomba, laissant au-dessous d'elle une excoriation insignifiante qui guérit en deux ou trois jours, et dans tous les autres points une cicatrice solide, souple, cicatrice qui, avec le temps, se rapproche de plus en plus de la coloration des parties voisines.

Ce qu'on pourrait objecter à ce mode de traitement, c'est sa longueur. Mais cette objection, qui pourrait être adressée à beaucoup d'autres en chirurgie, s'efface devant l'absence de douleur, devant l'innocuité des moyens, devant les résultats définitifs. M. Babu est convaincu qu'en ne précipitant pas la chute des escarres, on pourrait toujours obtenir une cicatrice complète au moment de leur chute spontanée, ce qui permettrait d'activer les applications du sel de fer, et, par conséquent, de réduire la durée du traitement de plus de moitié, tout en obtenant un résultat plus satisfaisant. (*Union méd.*, août 1864.)

Irrigations; moyen d'éviter aux malades d'être mouillés dans leur lit. Les meilleures choses ont leurs inconvénients, et c'est à faire disparaître ceux-ci que consiste souvent tout le perfectionnement qu'on peut y apporter. Tout le monde connaît les avantages de l'irrigation continue, et les services considérables qu'a rendus ce moyen depuis qu'il a été introduit par A. Berard dans la pratique chirurgicale; mais on sait aussi combien il est difficile, dans certains cas, d'assurer l'écoulement du liquide hors du lit, et quels sont les dangers pour les malades de se trouver constamment mouillés pendant une suite de jours quelquefois considérable.

C'est principalement dans les fractures de jambe que cet inconvénient se présente : la nécessité de tenir le talon plus élevé que le genou rend difficile, pour ne pas dire impossible bien souvent, d'empêcher le liquide de suivre la déclivité du membre ainsi placé, et de venir se répandre dans le lit. Cet inconvénient et les dangers qui en résultent peuvent être évités au moyen d'un appareil qu'a imaginé, pour un cas de ce genre, le docteur Debourge, médecin à Rollot, et dont voici la description :

Il consiste en une boîte de zinc de 72 centimètres de long sur 31 de large et 4 d'épaisseur. Cette boîte, à sa partie supérieure, est percée d'une infinité de trous destinés à livrer passage à l'eau dont s'imbibe le coussin sur lequel est posé le membre que l'on soumet aux irrigations. De la boîte, et au moyen d'un tube flexible, l'eau parvient dans un seau placé à côté du lit. Au-dessus, le pourtour de la boîte est bordé d'une baguette arrondie, à peine de 1 centimètre de haut, devant retenir l'eau qui pourrait s'échapper. Aux quatre angles de la boîte sont placés des pitons pouvant permettre la suspension du membre, si cette suspension devient nécessaire. On peut placer aussi sur les parties latérales et à l'extrémité talonnière de cet appareil des pitons, des boucles, des crochets, tout ce qui peut être nécessaire pour les cas par-

ticuliers dans lesquels on peut se trouver. Le membre peut être mis dans une gouttière en fil de fer, dans l'appareil ordinaire des fractures, dans tout appareil spécial, placé sur la boîte, qui, comme on le voit, devient un nouveau système de drainage propre à obvier à l'inconvénient signalé en commençant. (*Journ. de méd., etc.,de Bruxelles*, sept. 1864.)

Traitement direct et mécanique de l'ictère catarrhal. Les moyens que l'on emploie généralement contre l'ictère catarrhal peuvent être divisés en deux catégories; il en est qui s'adressent spécialement à l'élément catarrhal; tels sont les alcalins, la rhubarbe, les extraits amers, etc.; les autres ont pour but de désobstruer mécaniquement le canal cholédoque en provoquant l'expulsion du bouchon muqueux qui l'oblitère. C'est dans ce but que l'on emploie fréquemment les vomitifs, et que quelques médecins ont eu recours à la galvanisation de la région occupée par la vésicule du fiel. On a encore expliqué de la même manière l'action des acides, qui, en irritant le pli de Vater, provoqueraient des contractions énergiques de la vésicule biliaire, et celle de certaines eaux minérales qui ont la réputation d'activer la sécrétion de la bile, et qui augmenteraient par conséquent la tension de la bile renfermée dans le canal cholédoque bouché.

A côté des moyens de la seconde catégorie, M. Gerhardt inscrit ce qu'il appelle le *traitement direct*, c'est-à-dire la compression exercée sur la vésicule biliaire distendue, au point de chasser le bouchon muqueux du canal cholédoque dans le duodénum. C'est l'application sur le vivant d'une manipulation familière aux anotomo-pathologistes. On sait, en effet, qu'en comprimant fortement dans la main la vésicule biliaire d'un cadavre on peut en faire écouler le contenu dans le canal cholédoque, et il semble résulter d'un passage du travail de M. Gerhardt qu'à l'aide de ce procédé M. Virchow a pu réellement désobstruer sur le cadavre le canal cholédoque bouché par des mucosités épaisses.

M. Gerhardt fait remarquer que la percussion permet de limiter facilement le fond de la vésicule biliaire lorsque ce réservoir est distendu, qu'on peut même souvent en constater la présence par la palpation quand la distension est portée très-loin, auquel cas la vésicule distendue forme même parfois une saillie visible. Il ajoute que l'ictère catarrhal persiste souvent un temps plus ou moins long après le catarrhe duodénal qui en a été le point de départ, et devient ainsi la cause de la persistance de quelques troubles digestifs, uniquement parce que la bile n'est pas versée dans le duodénum. C'est dans ces conditions que M. Gerhardt voudrait que l'on essayât, et qu'il a essayé lui-même, de désobstruer le canal cholédoque en comprimant fortement la vésicule biliaire.

M. Gerhardt rapporte deux observations qui semblent prouver que la manipulation en question peut, en effet, produire le résultat désiré; l'apparition de la bile dans les selles après les manœuvres, la disparition de la matité donnée par la vésicule distendue, la sensation éprouvée par l'opérateur d'une partie qui se vide et devient flasque, — on ne peut guère se refuser à accepter ces divers éléments de conviction, à moins de mettre en doute la sagacité de l'observateur. Ajoutons du reste que, chez le premier malade de M. Gerhardt, cette opération fut répétée à plusieurs reprises et ne suffit pas pour guérir l'ictère. Dans la seconde observation au contraire l'affection parut rétrocéder très-nettement du moment que l'on eut obtenu la déplétion de la vésicule. (*Wuerzburger medicinische Zeitschrift*, et *Arch. de méd.*, sept. 1864.)

Emploi de l'acide quinovique. En 1859, M. de Vry trouva de l'acide quinovique dans toutes les parties des différentes espèces de *cinchona* qui croissent à Java, et attribua à cet acide les propriétés toniques des préparations faites avec cette écorce. Deux kilogrammes d'acide quinovique, suffisamment pur pour l'usage médical, ont été expérimentés en grand par le service de santé militaire dans les hôpitaux de Java et de Sumatra. D'un rapport favorable envoyé, le 5 mars 1863, par le chef du service médical, au gouverneur général des Indes hollandaises, il résulte que, sur soixante-cinq cas de fièvre intermittente, avec ou sans complication, l'acide quinovique a été employé avec un succès complet dans la grande majorité des cas. On a obtenu un égal succès dans quarante-cinq cas, à l'hôpital de Samarang. Il en résulterait que l'acide quinovique serait bon contre les fièvres intermittentes.

M. de Vry a trouvé, en outre, que l'acide *naucléique*, découvert par

M. Bernelot Moens, pharmacien militaire à Batavia, dans une espèce de *nauclea*, est identique avec l'acide quinovique, et que ce dernier se retrouve dans l'écorce de toutes les espèces de *nauclea* qui abondent dans les forêts de Java.

L'acide quinovique est gommeux, de couleur jaune, peu soluble dans l'eau, dans l'éther; très-soluble dans l'alcool. Pour l'obtenir, on traite le quinquina par un lait de chaux bouillant. L'extrait obtenu est additionné d'acide chlorhydrique qui s'empare de la chaux et met l'acide quinovique en liberté. On purifie ce dernier en le dissolvant dans l'alcool et en le précipitant par l'eau de cette dissolution. (*Union pharmaceutique*, août.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Nouvelles recherches sur l'action des alcaloïdes de l'opium. Cette question, soulevée dernièrement par M. Cl. Bernard, a été, dit M. Ozanam, mon étude favorite depuis plusieurs années. Les expérimentations exposées dans le mémoire que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie tendent à démontrer les faits suivants :

A. Au point de vue *thérapeutique*, l'opium contient : 1° des substances *calmantes :* morphine, opianine, narcéine; 2° des substances *excitantes :* narcotine, thébaïne; 3° des substances mixtes, alternativement excitantes et calmantes : *codéine.*

B. Au point de vue de la *localisation anatomique*, chaque élément de l'opium paraît avoir, outre une action générale plus ou moins prononcée, une sorte d'électivité sur telle ou telle région du système nerveux. La morphine, l'opianine, la narcotine, agissent sur les *hémisphères cérébraux*; la codéine sur le *cervelet* et le *bulbe rachidien*; la thébaïne sur la partie supérieure ou cervico-dorsale de la moelle épinière; la narcéine sur la portion lombaire.

Ainsi, l'opium constitue un remède précieux et incomparable, aucun succédané ne saurait le remplacer; il pénètre, il dissèque pour ainsi dire le système nerveux, et chacun de ses éléments, qui, pris isolé, pourrait avoir des effets trop déprimants ou trop excitants, trouve son correctif naturel dans son alliance avec les autres.

—Nous attendrons la publication du travail de M. Ozanam pour en juger la valeur; aujourd'hui, nous pouvons discuter seulement ses conclusions. Il en est une qui est entachée d'une grave erreur, celle dans laquelle l'auteur n'accorde à la morphine que des propriétés calmantes. Cet alcaloïde, lorsqu'il est injecté à assez haute dose, détermine des mouvements convulsifs si énergiques, qu'on croirait que l'animal a été empoisonné avec une solution de strychnine. L'action tétanique de la morphine, pour être moins énergique que celle produite par la codéine, n'en est pas moins très-réelle, et il importe aux praticiens d'en demeurer bien convaincus, car elle repose sur des expérimentations nombreuses.

Quant à la valeur thérapeutique de l'opium même, nous ne partageons pas l'avis de M. Ozanam. Ce médicament, devant son action à des alcaloïdes doués de propriétés contraires, il y a un grand avantage pour la pratique médicale à employer exclusivement ceux de ses principes qui jouissent des propriétés hypnotiques et calmantes, et de faire choix parmi ceux-ci de celui qui est doué de la moindre action excitante. Jusqu'ici, il semble que ce soit la narcéine, puis viendrait la morphine. L'étude qui se poursuit dans nos hôpitaux aura bientôt tranché la question. (*Académie des sciences*, septembre.)

De l'emploi topique de l'iode à l'état métalloïde comme traitement des adénites scrofuleuses cervicales et des adénites inguinales d'origine syphilitique. Tel est le titre d'un mémoire que M. le docteur Prieur a adressé à l'Académie, et sur lequel M. Ricord vient de faire un rapport favorable. En effet, ce travail renferme des faits dignes de fixer l'attention, car ils assignent à l'iode métallique une action résolutive très-marquée dans les cas indiqués, en même temps que la propriété de produire des escarres épidermiques qui ne laissent le plus souvent après elles ni cicatrices ni taches durables. Le procédé consiste à appliquer sur les engorgements ganglionnaires des lamelles d'iode enfermées dans l'épaisseur d'une couche de ouate, où elles se vaporisent rapidement sous l'influence de la chaleur. La quantité

d'iode employée est, en moyenne, de 1 centigramme par centimètre carré, réparti aussi également que possible à la moitié, au tiers ou au quart de l'épaisseur d'une carde de coton, qui doit être couverte ou débordée par une feuille de gélatine dont la circonférence, adhérente aux téguments, concentre sur ce point déterminé les vapeurs d'iode. L'appareil est laissé en place vingt-quatre à quarante-huit heures. Il en résulte une phlyctène remplie d'une sérosité louche purulente ou sanguinolente. M. Prieur affirme avoir traité, depuis dix ans, environ 120 malades par cette méthode, et avoir fait disparaître, calcul moyen, plus de 300 ganglions, tous fortement tuméfiés.

M. le rapporteur regrette qu'en parlant des adénites inguinales, l'auteur du mémoire n'ait pas spécifié s'il s'agissait d'adénopathies symptomatiques du chancre infectant, ou simplement de bubons sympathiques du chancre mou, ou bien encore du bubon virulent consécutif à cette variété de chancre, et recélant lui-même le chancre ganglionnaire. Mais la région inguinale n'est pas moins que celle du col un siége de prédilection des engorgements strumeux ganglionnaires, et souvent un chancre ou une blennorrhagie urétrale ne sont que l'occasion du développement de ces engorgements. Ces adénites ont la même physionomie et la même terminaison que celles qui sont développées sur des sujets manifestement scrofuleux et cèdent à la médication iodée. Dans ce cas, on rencontre assez fréquemment sur des malades les cicatrices irrécusables d'autres engorgements suppurés de même nature.

M. Ricord a expérimenté le procédé de M. Prieur dans huit cas d'adénites scrofuleuses bien caractérisées, et les résultats qu'il a obtenus sont de nature à confirmer les conclusions du médecin de Gray. La durée du traitement a été de six semaines à trois mois; ce qui est une durée relativement courte pour ce genre d'affections. (*Compte rendu de l'Ac. de méd.*, sept. 1864.)

Instrument pour la transfusion immédiate du sang. M. Aveling, de Sheffield, présente à la Société obstétricale de Londres un instrument qui consiste en deux petits tubes d'argent que l'on introduit dans le vaisseau récipient, l'autre dans le vaisseau d'où l'on tire le sang : ces deux tubes sont reliés par un troisième en caoutchouc; ce dernier porte en son milieu un petit réservoir en caoutchouc contenant environ 2 drachmes, qui permet de mesurer la quantité de sang. Pour faire progresser ce dernier, on presse et l'on relâche alternativement ce réservoir ; de cette manière, le sang n'est pas exposé à l'air, a moins de tendance à se coaguler, et l'opération n'est pas interrompue. (*Obstetrical Society of London*, juin 1864.)

Distinction de la folie et de l'aliénation ; la folie divisée en cinq formes naturelles. Selon M. Jousset, l'aliénation est constituée par trois éléments : *hallucination, impulsion, idée délirante.*

1° L'*hallucination* est la perception d'une sensation dont l'objet n'existe pas ; elle est indépendante des sens externes, puisque les aveugles peuvent présenter des hallucinations de la vue : les symptômes se produisent donc dans cette partie du cerveau où, à l'état physiologique, les sensations externes sont transformées en sensations internes. Les hallucinations se divisent en hallucinations des sens externes, de l'ouïe, de la vue ; hallucinations des sensations internes, sensations perçues dans le ventre, dans l'estomac.

2° *Impulsions.* — L'impulsion animale devient maladie, quand l'acte qu'elle détermine n'a nul rapport ou même est contraire à la nature de son mobile physiologique, comme de tuer une personne aimée ou indifférente, quand elle tend à se soustraire au contrôle des autres facultés et à dominer la volonté. L'impulsion est *consciente* ou *automatique* : la première est *anxieuse* ou *expansive*. Les principales impulsions sont la mélancolie, les impulsions suicides, homicides, etc., les impulsions à chanter, à marcher. L'impulsion maladive se distingue des passions par ses motifs, par son mode de développement, par la manière dont l'acte est accompli, par sa marche.

3° L'*idée délirante* est une idée sans réalité objective, créée par l'imagination, échappant au contrôle de la conscience sensible et du *sensus communis*, trompant l'estimativité et dominant les fonctions intellectuelles, en sorte que l'homme subjugué par l'idée délirante pense et agit comme si cette idée était vraie. L'idée délirante diffère de l'idée fausse et extravagante par son mode de développement, parce

qu'elle échappe à toute démonstration logique, parce que, si on la détruit pour un instant, elle se reproduit toujours.

Les hallucinations, les impulsions et les idées délirantes constituent, par leur association, des variétés d'aliénation très-distinctes ; ce sont : la *manie*, la *monomanie* et la *lypémanie*.

L'*aliénation* est un symptôme, puisqu'on l'observe dans plusieurs maladies, et que chacune de ces maladies lui imprime un caractère particulier.

La *folie*, au contraire, est une maladie, puisque c'est un état morbide distinct et indépendant, ayant des causes, des symptômes et une évolution propres.

La folie présente à étudier cinq formes : 1° la *forme commune* ; 2° la *forme bénigne* ; 3° la *stupidité* ; 4° la *forme périodique* ; 5° la *forme grave*.

La *paralysie générale* est une maladie distincte ayant aussi ses formes : il en est de même de la *démence*.

Si, comme nous l'avons démontré, l'aliénation est distincte de la folie, il est absurde d'appliquer à l'étude de cette dernière les divisions en manie, monomanie, lypémanie, qui s'appliquent à l'aliénation ; on doit chercher pour la folie une division en formes naturelles, analogue à celle que nous avons proposée.

Tout problème de médecine légale se résume en une question de séméiotique. Le médecin légiste devra donc établir : 1° que l'acte incriminé est dû à une hallucination, à une impulsion maladive ou à une idée délirante ; 2° remonter de ce symptôme à la maladie qui l'a engendré : hystérie, hypocondrie, épilepsie, folie, empoisonnement.

Le *délire* se distingue de l'*aliénation*, par l'incohérence, non par la fièvre et l'acuïté, mais par la perte complète de la conscience sensible et par conséquent du souvenir.

Les définitions que nous avons données permettent de distinguer les passions des impulsions maladives, l'idée fausse et extravagante de l'idée délirante.

La qualification de *mentales*, appliquée aux maladies, doit être supprimée, parce que cette expression se rapporte aux facultés intellectuelles, et que les facultés animales seules sont directement troublées dans le délire de l'aliénation.

Les mots *folie d'action*, *folie transitoire*, doivent être remplacés par le mot *impulsion maladive*. (*Acad. des sciences*, août 1864.)

VARIÉTÉS.

Les changements suivants ont lieu dans la Faculté de médecine de Paris. — M. Rostan est admis à faire valoir ses droits à la retraite. — M. Grisolle, professeur de thérapeutique, est nommé professeur de clinique médicale en remplacement de M. Rostan. — M. Trousseau abandonne sa chaire de clinique pour reprendre son ancienne chaire de thérapeutique.

On se rappelle que l'année dernière M. Trousseau avait demandé à faire valoir ses droits à la retraite, et que, sur le refus du ministre, il avait consenti à continuer un an encore son enseignement clinique. Sur les instances de ses collègues et de l'honorable doyen, M. Trousseau a consenti à reprendre la chaire de thérapeutique qu'il a occupée avec tant de succès pendant quinze années ; de cette façon le savant professeur ne quittera pas de quelques années la Faculté dont il est une des illustrations.

La chaire de clinique médicale laissée par M. Trousseau reste donc vacante, et va donner lieu à la nomination prochaine d'un titulaire.

L'installation de M. Fonssagrives, premier médecin en chef de la marine, en qualité de professeur d'hygiène à la Faculté, a eu lieu le 22 août dernier. M. le recteur présidait la cérémonie ; après avoir prononcé une allocution qui

a été fort goûtée, il a reçu le serment du nouveau professeur. M. Bouisson, assesseur, remplissant les fonctions de doyen en l'absence de M. Bérard, a voulu joindre sa parole si animée à celle de M. Donné. Dans sa réponse, M. Fonssagrives a su trouver des mots heureux qui, en révélant une émotion réelle, ont montré combien ce digne professeur sentait la portée de l'honneur que lui avait fait la Faculté en l'admettant au nombre de ses membres distingués.

(*Montpellier médical.*)

M. Maillot, médecin inspecteur, est nommé président du Conseil de santé des armées en remplacement de M. Vaillant, admis à la retraite. M. Cazalos, nouvellement promu médecin inspecteur, est nommé membre du même Conseil.

Ont été nommés ou promus dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. les médecins-majors de 1re classe, Leguey, Bruneau, Delaunay et Berniet. — *Au grade de chevalier :* MM. Leroy et Scoutetten, médecins-majors de 2e classe ; Rocher, pharmacien-major de 2e classe, et Leclerc, vétérinaire en premier.

Le Congrès médical de Lyon s'est ouvert lundi dernier, 26 septembre, au milieu d'une affluence considérable de médecins venus pour prendre part à ses travaux. Les séances ont lieu au Palais des Arts. M. Barrier, président de la Commission, a ouvert le Congrès par un remarquable discours dans lequel il a rappelé le but de ces réunions scientifiques, et les résultats qu'elles ont déjà fournis. Il a terminé en remerciant, au nom de la Commission, les membres présents qui étaient venus apporter leur concours à l'œuvre commune. Après ce discours qui a été fort applaudi, on a procédé à l'élection du bureau. M. Barrier a été maintenu à l'unanimité dans les fonctions de président ; MM. Verneuil, de Paris, Leudet, de Rouen, Artaud, de Lyon, ont été élus vice-présidents ; M. Chauveau, secrétaire général et MM. Gailleton, Icard, Bouchard et Meynet, secrétaires. — Le bureau ainsi institué, les travaux ont commencé. La manière large dont la discussion des deux premières questions a été abordée, nous est garant que les efforts de la Commission seront couronnés de succès. — Nous reviendrons sur ces travaux.

Le rapport de M. Dumas à M. le ministre de l'instruction publique, à la suite duquel le prix de 50,000 francs, fondé *en faveur de l'auteur des applications les plus utiles de la pile de Volta*, a été décerné à M. Ruhmkorff, vient d'être inséré au *Moniteur*, précédé d'un rapport de M. le ministre à l'Empereur. Nous y avons remarqué une mention très-flatteuse des travaux de M. Duchenne (de Boulogne).

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. E. Goupil, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, qui a succombé aux suites d'un érysipèle du cuir chevelu de la face, dimanche, à la Beaudronnière, près Droué (Loir-et-Cher). Cette nouvelle inattendue laisse tous ses amis profondément affligés. C'est une perte qui sera sentie par le corps médical des hôpitaux, dont il était un des membres les plus distingués.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Du traitement de l'asthme.

Par M. le professeur Trousseau.

Dans certains pays où l'asthme est une maladie commune, son traitement était autrefois abandonné aux empiriques. Dans les Indes orientales, c'était un remède populaire que de se guérir de ses accès en fumant les feuilles d'une espèce végétale qui n'était autre que le *datura métel*. Le docteur Anderson, médecin à Madras, recommandait l'usage de cette plante ; il en remit à un officier anglais qui, en 1802, en apporta en Europe, et en donna au docteur Sims (d'Édimbourg). Celui-ci, en ayant reconnu les bons effets, essaya d'y substiuer le *datura stramonium*. Ses essais réussirent, et aujourd'hui l'usage de la stramoine est vulgarisé dans le traitement de l'asthme.

Ce que nous disons du *datura stramonium* peut s'appliquer aux autres espèces de datura, au *ferox*, au *fastuosa*, comme au métel ; mais c'est au premier qu'on a le plus généralement recours. De tous les remèdes administrés pour combattre les accès d'asthme, c'est celui qui réussit habituellement le mieux. On fume ses feuilles desséchées, seules ou mêlées à de la sauge, soit dans une pipe, soit roulées dans du papier sous forme de cigarettes, ou bien encore on les brûle dans la chambre du malade. Ce moyen cependant ne soulage pas tous les asthmatiques ; il est bien souvent sans effet chez ceux qui font usage habituel du *tabac* à fumer. Cela se comprend, lorsqu'on réfléchit que le tabac est une solanée vireuse, de la famille par conséquent du datura, et que l'accoutumance à la nicotine peut empêcher l'action du principe stupéfiant de la stramoine. Je connais pourtant des fumeurs de tabac que le datura calme, ce qui prouverait alors que celui-ci a une action spécifique différente jusqu'à un certain point de celle de la nicotine. Bien que l'un et l'autre ne se remplacent par conséquent pas complétement, il est néanmoins des asthmatiques qui, n'ayant pas l'habitude d'en faire usage, modèrent leurs accès en fumant du tabac. Je suis du nombre, et dans une attaque, il me suffit souvent d'aspirer quelques bouffées d'un cigare pour faire cesser ma dyspnée.

D'une manière générale, *toutes les solanées vireuses*, datura, tabac, jusquiame, belladone, possèdent donc plus ou moins les mêmes propriétés ; elles entrent toutes dans la confection des

cigarettes Espic, qui ont joui lougtemps, dans le traitement de l'asthme essentiel et du catarrhe pulmonaire compliqué d'accidents nerveux, d'une renommée que la quatrième page des feuilles publiques cherche encore aujourd'hui à exploiter ; elles se préparent de la manière suivante :

Feuilles choisies de belladone..........	30 centigrammes.
— de jusquiame..........	15 centigrammes.
— de stramoine..........	15 centigrammes.
— de phellandre aquatique..	5 centigrammes.
Extrait gommeux d'opium..............	13 milligrammes.
Eau distillée de laurier-cerise..........	Q. S.

Les feuilles, séchées avec soin et mondées de leurs nervures, sont hachées et mêlées exactement. L'opium est dissous dans l'eau de laurier-cerise ; la solution est également répartie sur la masse. En outre, le papier qui va servir à confectionner les cigarettes a été préalablement lavé avec la macération dans l'eau de laurier-cerise des plantes ci-dessus indiquées, puis convenablement séché.

On comprend l'efficacité et le succès d'un semblable médicament.

Toutefois, quand on prescrit aux asthmatiques l'usage du datura ou des autres solanées, il importe essentiellement d'en proscrire l'abus, sous peine de voir s'épuiser promptement l'action de ces moyens thérapeutiques. C'est lorsque l'attaque est violente, et seulement alors, qu'il faut y avoir recours. Le malade fumera deux cigarettes au moment de l'accès, et non sept, huit, dix, comme beaucoup sont tentés de le faire. Lorsque l'individu ne peut pas ou ne sait pas fumer, on y supplée en brûlant du datura dans sa chambre, et en le mettant ainsi dans une atmosphère de fumée médicamenteuse [1].

Je le répète, il en est de cette médication comme de toutes, comme de toutes celles surtout qui s'adressent aux affections nerveuses; on doit grandement tenir compte des individualités. Tel asthmatique sera soulagé par le datura, tel autre par la belladone; celui-ci par la jusquiame, celui-là par le tabac ou par le mélange de ces différentes plantes. Il en est aussi qui ne peuvent pas supporter les solanées ; pour ceux-là d'autres médications doivent être employées, et il en est parmi elles qui ont été préconisées à juste titre.

J'indiquerai les *fumigations arsenicales*, les *fumigations de papier nitré.*

---

[1] Voir à la pharmacie (p. 311) une formule de cônes antiasthmatiques.
(*Note du Rédacteur.*)

Pour les premières, on prépare une solution de 1 *gramme d'arsénite de potasse* dans 15 *grammes d'eau distillée*. Avec cette solution on imbibe une feuille de papier non collé, jusqu'à ce qu'elle soit épuisée. Le papier étant parfaitement desséché, on le divise en vingt parties égales qui renferment par conséquent chacune environ 0^{gr},05 d'arsenic. Chaque morceau de papier est plié sous forme de cigarette. Le malade, après l'avoir allumé, en aspire la fumée que, par une lente inspiration, il fait passer jusque dans les bronches. On ne doit en aspirer que huit à dix bouffées, une seule fois par jour.

Le papier nitré est fait de la même façon, en employant une solution à demi saturée de nitrate de potasse, que l'on épuise en imbibant le papier non collé qui est divisé en un certain nombre de morceaux pour être roulés en cigarettes.

Si le malade ne sait pas fumer, le papier arsenical ou nitré est chiffonné en une sorte de boule que l'on allume, et dont la fumée est reçue sous un entonnoir, ou plus simplement sous un cornet de papier dont l'asthmatique place l'extrémité dans sa bouche, de façon à en aspirer ainsi les bouffées.

J'ai quelquefois associé les fumigations nitrées aux fumigations de datura ou de belladone, soit en faisant rouler des feuilles de ces plantes dans le papier imprégné de sel de nitre, soit en donnant le datura qui avait été préalablement imbibé de la solution nitrée.

Parmi les moyens à l'aide desquels on peut combattre les accès d'asthme, il en est un qui tour à tour a été vanté et proscrit d'une façon trop absolue, car, employé dans une juste mesure, il a rendu de réels services : je veux parler des applications d'*ammoniaque* sur la partie postérieure du pharynx.

Cette médication est celle de Ducros (de Marseille). Appelé auprès d'un asthmatique, ce médecin portait sur la partie postérieure du pharynx un gros pinceau trempé dans un mélange à parties égales d'eau et d'ammoniaque liquide.

Esprit bizarre et rempli des théories médicales les plus étranges, Ducros avait été conduit à adopter cette pratique par cette singulière idée que le fond du pharynx était le centre d'où émanait toute la puissance nerveuse, dont il cherchait ainsi à modifier l'action. Quelque singulier que fût son point de départ, il obtint quelques succès de sa médication. Ceux qu'il obtint, notamment chez Mme Adélaïde d'Orléans, sœur du roi Louis-Philippe, le mirent un instant en grande réputation à Paris. Des expériences tentées par d'autres médecins, par M. Rayer, par moi-même, montrèrent en certains

cas l'efficacité du moyen ; mais en d'autres circonstances, je n'eus pas, pour ma part, à m'applaudir de son application, des accidents formidables étant survenus au moment de l'opération. Aussi, tout en reconnaissant les avantages de cette médication, je dois avertir de ses dangers.

Deux faits me sont restés pour toujours gravés dans la mémoire.

Un homme de colossale constitution, vint un jour me consulter pour se faire traiter d'un asthme dont il était tourmenté ; il m'était adressé par mon confrère et ami A. Lebreton. J'essayai de le traiter par la méthode de Ducros ; mais dès la première tentative, au moment où je venais d'introduire dans le fond de l'arrière-gorge le pinceau chargé d'ammoniaque étendue d'eau, survint un accès d'orthopnée épouvantable. Le malade se dressa tout à coup sur ses jambes, comme s'il eût été lancé par un ressort, et se précipita vers la fenêtre dans un état de suffocation véritablement effrayant. Il crut qu'il allait mourir, et je ne cache pas que ce fut aussi mon sentiment. Cependant le calme se rétablit ; mais ni le patient ni moi ne nous souciâmes de répéter l'expérience.

A quelque temps de là, une dame, que j'ai eu depuis occasion de revoir, vint également me trouver. Je tentai de nouveau sur elle les applications d'ammoniaque ; mais cette fois j'opérais avec la plus grande précaution. Néanmoins, à peine le pinceau touchait-il le pharynx, qu'un accès de suffocation m'empêcha d'aller plus loin. Les résultats du traitement n'en furent pas moins heureux, car cette malade resta deux mois sans avoir d'attaques, ce qui ne lui était pas arrivé depuis longtemps.

Enfin, un malade de la salle Sainte-Agnès nous a raconté que lui-même avait été soumis à cette médication, et que, la seule fois qu'on l'expérimenta sur lui, il avait été pris d'un accès d'oppression tel qu'il se crut sur le point de mourir. De plus, à partir de ce moment, il eut des attaques d'asthme tous les quatre jours, revenant à l'heure où l'opération avait été faite, tandis qu'auparavant il n'avait d'attaques que tous les trois mois.

La méthode de Ducros ne guérit donc qu'un petit nombre de malades, bien qu'un grand nombre la supportent sans inconvénients. Ducros l'appliquait journellement, sans avoir jamais, disait-il, observé ces fâcheux effets. Les exemples que je viens de vous citer vous montrent que l'on ne saurait agir avec trop de prudence, car on comprend que la mort puisse arriver au milieu de ces épouvantables crises. Aussi, quand j'ai recours à ce moyen, ai-je soin de prendre la précaution, que j'engage de prendre égale-

ment. Je commence par faire respirer de l'ammoniaque au malade, en lui passant sous le nez un flacon rempli de cette substance, puis je touche le fond de sa gorge, la première fois, avec une solution d'une partie d'ammoniaque pour neuf d'eau. Le lendemain, j'emploie une solution au huitième, et j'arrive progressivement à la solution au tiers, jusqu'à ce qu'enfin l'habitude étant acquise, je prenne la solution à parties égales.

Il est encore une autre manière d'appliquer cette médication, c'est de tenir l'asthmatique dans une atmosphère de vapeurs ammoniacales, que l'on fait dégager en laissant dans la chambre des assiettes remplies d'alcali volatil.

Le procédé imaginé par M. Faure diffère en quelques points de celui que je viens d'indiquer, et on m'a vu l'employer chez un de nos malades, couché au n° 22 de la salle Sainte-Agnès.

Cet homme avait eu, il y a quatre ans, un asthme qui chaque nuit revenait à la même heure et durait à peu près deux heures. Il était resté plus de trois ans et demi sans attaques, lorsque, dans le courant du printemps de 1860, il fut repris de nouveau de ses accidents. Les accès nocturnes se reproduisirent comme par le passé; mais le jour il restait de la dyspnée, et lorsque la poitrine fut examinée, nous constatâmes tous les signes de l'emphysème vésiculaire. Toutefois il n'y avait jamais de crachats perlés; l'expectoration ressemblait à du blanc d'œuf un peu épaissi par la chaleur.

Nous eûmes recours aux inspirations ammoniacales faites suivant le procédé de M. Faure. Dans un bol on versait à peu près une cuillerée à bouche d'ammoniaque liquide. Le malade plaçait sa bouche à environ 30 centimètres de ce vase, et il inspirait des vapeurs pendant un quart d'heure.

Cette petite opération était répétée quatre fois en vingt-quatre heures. Il fallait toutefois prendre la précaution de boucher les narines du patient avec un peu de coton; sans cela il ne pouvait supporter l'odeur de l'ammoniaque.

Dès le premier jour, les attaques nocturnes ont disparu, la dyspnée du jour a presque entièrement cessé, et après quatre jours de ce traitement si simple, la guérison semblait complète.

C'est probablement à ces vapeurs que certains asthmatiques doivent d'être soulagés par le seul fait de leur séjour plus ou moins prolongé dans les endroits où il y a un dégagement de gaz ammoniac. Je citerai comme exemple ce capitaine de navire qui était exempt de toute attaque lorsqu'il naviguait sur son bâtiment chargé

de guane, ou lorsqu'il habitait sur les îles où cette substance se récolte.

Les *antispasmodiques*, l'éther, soit sous forme de sirop, soit en capsules, trouvent aussi leur indication au moment des accès.

Quelquefois, j'ai obtenu de bons résultats d'un *vomitif* donné à propos; celui que je préfère à tout autre est l'ipécacuanha, que je prescris de la façon que l'on connaît.

Après avoir indiqué quelques-unes des médications propres à combattre l'asthme pendant les accès, il me reste à dire ce qu'il faut faire pour prévenir le retour des attaques. Malheureusement ici l'intervention de la médecine est bien souvent inefficace, car nous pouvons moins pour guérir radicalement le mal que pour en modérer les symptômes. Voici cependant une des méthodes de traitement qui, dans un certain nombre de cas, m'ont paru les plus avantageuses. Elle se compose de la série des moyens suivants :

1° Dix jours de suite, chaque mois, le malade prend le soir, en se couchant, d'abord une, puis, trois jours après, deux, et les quatre derniers jours, quatre pilules ainsi composées :

Pr.	Extrait de belladone.................	1 centigramme.
	Poudre de racine de belladone........	1 centigramme.

F. S. A. une pilule.

Ou bien encore un, deux, et jusqu'à quatre granules d'atropine d'un milligramme.

2° Les dix jours qui suivent, on remplace les préparations belladonées par le sirop de térébenthine, à la dose d'une cuillerée à bouche prise trois fois par jour, et mieux par trois capsules d'essence de térébenthine.

3° Les dix derniers jours du mois, le malade est mis à l'usage des cigarettes arsenicales.

Enfin, comme complément du traitement, le malade prend tous les dix jours, le matin à jeun, un paquet de 4 *grammes de poudre de quinquina calisaya,* qu'il délaye dans une infusion de café torréfié.

L'usage interne et longtemps continué de la belladone ou de l'atropine administrées selon les formules et suivant la méthode que j'ai indiquées, m'a toujours paru constituer la base du traitement. S'il n'est pas nécessaire que les malades éprouvent à un haut degré les effets physiologiques de ces puissants médicaments, il faut que, pendant longtemps, l'économie soit tenue sous leur

domination. Le quinquina, la térébenthine, les inspirations de vapeurs arsenicales, sont toutefois un très-utile complément.

Cette médication, quelques beaux résultats qu'elle m'ait donnés et me donne encore chaque jour, est loin d'être infaillible; avantageuse à certains asthmatiques, elle reste complétement inefficace chez d'autres, on est alors forcé de recourir aussi à d'autres moyens.

M. Duclos (de Tours) vante d'une manière générale la *fleur de soufre* comme un agent thérapeutique « d'une prodigieuse puissance » dans le traitement préventif de l'asthme. Il la prescrit « à la dose quotidienne de 50 centigrammes à 1 gramme, suivant l'âge du malade, à prendre en une seule fois, le matin, soit à jeun, soit au moment de déjeuner. Cette dose est continuée cinq ou six mois, pendant vingt jours chaque mois, puis pendant un an ou dix-huit mois ou deux ans, pendant dix jours chaque mois. » Il est impossible, ajoute-t-il, d'imaginer un traitement plus simple et plus facile. Dans tous les cas dans lesquels il l'a employé, la maladie a été modifiée ; et il a obtenu un grand nombre de guérisons (1).

M. Duclos insiste sur la nécessité de donner la fleur de soufre de préférence à toute autre préparation sulfureuse, le choix, suivant lui, n'est pas indifférent : tandis qu'il a eu à s'applaudir de l'emploi de ce médicament, il avait constamment échoué alors qu'auparavant il prescrivait l'usage des eaux sulfureuses, telles que les eaux de Baréges, de Bonnes et de Cauterets. A ce propos, il fait remarquer, avec juste raison, que, parmi les agents de la matière médicale, il y a des analogues et non pas de succédanés ; que l'eau sulfureuse n'est pas plus la fleur de soufre que le quinquina n'est le sulfate de quinine, que l'opium n'est la morphine.

Pour ma part, j'ai eu aussi à enregistrer des succès obtenus avec le soufre dans le traitement de l'asthme ; toutefois, je ne saurais partager les illusions que mon savant confrère de Tours semble se faire sur l'infaillibilité du remède dans tous les cas donnés. L'indication du soufre me paraît précise, son utilité est incontestable, alors que l'asthme se lie à la diathèse herpétique ; mais, si en exagérant la portée des faits, si en concluant du particulier au général, on s'imagine que cette indication se présente toujours absolument la même, on s'expose à de cruels mécomptes.

Dans les circonstances analogues à celles où le soufre est réellement utile, c'est-à-dire alors que la névrose de l'appareil respiratoire

(1) *Recherches nouvelles sur la nature et le traitement de l'asthme* (*Bulletin général de Thérapeutique*, 15 avril 1861, t. LX, p. 299).

est l'expression de l'herpétisme, l'*arsenic administré à l'intérieur* m'a rendu et me rend journellement des services signalés. Il n'y a rien là, du reste, qui doive surprendre, quand on réfléchit aux merveilleux effets que produisent les préparations arsenicales dans le traitement des affections herpétiques en général, des affections cutanées en particulier.

Non-seulement l'arsenic est d'une grande efficacité dans ces cas, mais encore c'est un excellent remède contre l'asthme dans un grand nombre d'autres circonstances où la diathèse herpétique ne joue absolument aucun rôle.

Ce n'est pas d'ailleurs un remède nouveau. Il me suffira de vous rappeler que Dioscoride le donnait aux asthmatiques, soit incorporé au miel, soit en potion mélangé avec de la résine. La substance qu'il employait était ce que, de son temps, on appelait la sandaraque, c'est-à-dire notre réalgar (le sulfure rouge d'arsenic). Moins loin de nous, à la fin du seizième siècle, George Weitth préconisait l'usage d'un électuaire dans la composition duquel entrait l'orpiment (le sulfure jaune), dont il faisait prendre chaque jour une dose considérable aux malades atteints d'asthmes les plus graves. Cependant, combattu avec acharnement par la majorité des médecins, proscrit d'une manière absolue de la matière médicale, aussi bien dans le traitement de l'asthme que dans le traitement de toute autre maladie, l'arsenic était tombé dans un profond discrédit, jusqu'au moment où, de nos jours, Harles s'efforça de le réhabiliter. Remis maintenant en honneur, il tient dans la thérapeutique la place qu'il mérite en effet d'occuper.

Relativement à son application dans le traitement de l'asthme, vous n'êtes pas sans avoir entendu parler des mangeurs d'arsenic, ou toxicophages, que l'on rencontre dans différentes contrées de l'Allemagne, dans la basse Autriche et en Styrie. Vous savez que dans ces pays, les paysans et même, parmi les gens des villes, les personnes des classes élevées, ont l'habitude de prendre plusieurs fois par semaine, le matin à jeun, d'abord une petite quantité équivalant à un peu moins d'un demi-grain, puis progressivement des quantités plus fortes de cette substance vénéneuse. Le double but qu'ils se proposent d'atteindre, en adoptant cette pratique, c'est, d'une part, de se donner le teint frais et un certain degré d'embonpoint; d'autre part, de se rendre, suivant leur expression, plus *volatils*, c'est-à-dire de faciliter leur respiration pendant la marche ascendante. A chaque longue excursion qu'ils ont à faire à pied dans les montagnes, ils prennent un petit morceau d'arsenic de la

grosseur d'une petite lentille, qu'ils laissent fondre peu à peu dans leur bouche. L'effet en est surprenant ; ils montent aisément les hauteurs qu'ils ne sauraient gravir qu'avec la plus grande peine sans cette précaution. Non-seulement les mangeurs d'arsenic en font usage pour eux, mais encore ils en donnent habituellement à leurs animaux domestiques, à leurs chevaux, à ceux surtout qui servent aux charrois dans les localités montagneuses.

Or, mettant à profit ces observations, des médecins se sont demandé si cette influence singulière et toute spéciale de l'arsenic sur les fonctions de la respiration ne pourrait pas être utilisée pour combattre certains troubles de ces fonctions. Guidé par ces indices, le docteur Koepl, un des premiers, eut l'idée d'essayer la liqueur de Fowler (dont la base est l'arséniate de potasse) sur quelques individus atteints d'asthme, et ses essais eurent, en un assez grand nombre de cas, les heureux résultats qu'il en attendait. L'expérience a été renouvelée par d'autres avec un égal succès ; et, quant à moi, depuis plusieurs années déjà que je les emploie, les préparations arsenicales administrées à l'intérieur m'ont rendu, dans le traitement de l'asthme nerveux, de réels services.

Le plus habituellement, je prescris l'*arséniate de soude* dans une potion ainsi composée :

Pr. Arséniate de soude.............	5 centigrammes.
Eau distillée....................	100 grammes.
Teinture de cochenille..........	Q. S. pour colorer la liqueur.

Le malade prend, chaque jour, au commencement de ses deux principaux repas (précaution utile pour que le médicament soit bien toléré par quelques estomacs susceptibles), *une cuillerée à café* de cette liqueur, représentant environ 2 milligrammes et demi d'arséniate de soude.

Je prescris encore l'*acide arsénieux* sous forme de pilules, que je formule ainsi :

Pr. Acide arsénieux....................	25 centigrammes.
Amidon..........................	5 grammes.
Sirop de gomme..................	Q. S.

Pour faire selon l'art, en mêlant exactement et par petites portions, une masse pilulaire que l'on divise en 100 pilules, dont chacune contient par conséquent aussi 2 milligrammes et demi d'acide arsénieux. Le malade doit également en prendre une avant ses deux repas. Pour les individus pusillanimes, que l'idée d'absorber de l'arsenic peut effrayer, je décore le médicament du nom de *pilules de Dioscoride*.

Quelle que soit la préparation, dont, suivant la tolérance du malade, j'augmente ou je diminue les doses, j'en continue l'usage durant plusieurs mois de suite, le suspendant, généralement, pendant huit ou dix jours chaque mois.

Il est enfin une autre médication curative de l'asthme, dont je dois dire quelques mots. Depuis quelque temps, on m'a vu donner l'*iodure de potassium* à deux hommes de notre salle Sainte-Agnès qui présentaient un type si complet de l'asthme spasmodique; l'histoire de cette médication est assez curieuse.

Il y a deux ou trois ans un journal de médecine français empruntait à un recueil étranger [1] une note dans laquelle il était dit qu'on vendait, à Boston, comme antiasthmatique, un remède secret dont l'iodure de potassium constituait le principal ingrédient. L'auteur de cette note, le docteur Horace Green, ajoutait s'être servi de ce remède avec le plus grand succès, notamment dans les cas d'asthme compliqué de bronchite; et il publiait sa formule.

Pr. Kali hydroiod (iodure de potassium).....	8 grammes.
Décoct. polygalæ (décoction de polygala)..	100 grammes.
Tinct. lobeliæ (teinture de lobelia)......	25 grammes.
— opii camphor (— d'opium camphré)	

A prendre deux ou trois cuillerées à soupe par jour.

Sur ces entrefaites, un autre médecin, M. Aubrée, actuellement établi pharmacien à Burie (Charente-Inférieure), écrivit à l'Académie pour réclamer la priorité de la découverte ; en même temps il m'écrivait aussi pour m'attribuer l'honneur de la médication qu'il avait imaginée et qu'il employait depuis quinze ans, ou tout au moins pour me faire partager cet honneur. Voici ce qu'il me disait dans cette lettre que j'ai conservée :

« Il y a une quinzaine d'années, habitant alors une petite ville du département de l'Hérault (Pézenas), un malade d'un village voisin (Valleros) vint me consulter pour une névrose bien caractérisée des organes de la respiration, il était porteur d'une consultation de vous. Vous lui ordonniez des frictions avec la teinture d'iode sous les aisselles, à l'épigastre et dans le dos. En même temps vous lui prescriviez, pour l'intérieur, une solution de 5 grammes d'iodure de potassium dans 250 grammes d'eau distillée édulcorée avec du sirop simple. Je le soumis à votre traitement et il se

(1) *Formules favorites des praticiens américains*, par Horace Green (de New-York), traduit en français par M. Noirot (1860) (*Schmidt's Jahrbücher der gesammten medicin*, Band 114, no 112).

trouva mieux dès le deuxième jour. Cet homme, enchanté, vint me revoir quelques jours après, il n'était cependant pas encore parfaitement guéri. Je fis cesser les frictions et je lui ordonnai la même solution, mais à double dose, c'est-à-dire à 10 grammes. Le sifflement disparut complétement, la respiration reprit son rhythme habituel et, depuis lors, il n'éprouva plus aucune atteinte de sa maladie. »

M. Aubrée, encouragé par ce premier essai, expérimenta de nouveau, sur un grand nombre de malades, le même médicament sous la forme d'un *élixir antiasthmatique*, ainsi composé :

Pr. Racine de polygala.................... 2 grammes.

Faites bouillir dans :

Eau................................ 125 grammes.
Pour réduire par la décoction à............ 60 grammes.

Passez la décoction à travers une étamine, et ajoutez :

Iodure de potassium.................. 15 grammes.
Sirop d'opium....................... 120 grammes.
Eau-de-vie.......................... 60 grammes.

Colorez la liqueur avec :

Teinture cochenille.................. Q. S.

Filtrez.

Le malade prendra, chaque jour, trois cuillerées à bouche de cet élixir, le matin à jeun, dans le milieu de la journée et le soir, jusqu'à cessation de l'asthme. Quelques individus supportant mal le médicament, ce qui n'est pas étonnant, car les doses indiquées représentent à peu près 3 grammes d'iodure de potassium et 4 centigrammes d'extrait d'opium, M. Aubrée prescrit comme une condition indispensable de donner après chaque cuillerée une pastille de chocolat qui aurait pour effet de neutraliser l'action irritante de l'iodure de potassium sur l'estomac. Il prétend avoir ainsi guéri, et rapidement guéri, en trois ou quatre jours, douze individus.

Depuis cette communication de M. Aubrée, et depuis que l'on connaît l'arcane de quelques guérisseurs, j'ai essayé bien souvent l'iodure de potassium, en modifiant la formule de la façon suivante ;

Le malade prend chaque jour, immédiatement avant son dîner, une cuillerée à café d'une potion ainsi composée :

Iodure de potassium.................. 10 grammes.
Eau distillée........................ 200 grammes.

M. S. A.

Je dois dire que, dans un grand nombre de cas, j'ai obtenu des

succès qu'aucune autre médication ne m'avait donnés; d'un autre côté, car il ne faut pas s'aveugler volontairement, j'ai vu le médicament non-seulement échouer, mais encore aggraver très-notablement tous les accidents. Il en a été ainsi chez nos deux malades de la salle Sainte-Agnès.

L'un de ces malades trouvait au contraire un soulagement immédiat dans les *inhalations de chloroforme*. Il avait été réduit à y recourir par l'opiniâtreté désespérante de ses accès; le bien-être qu'il en avait éprouvé l'avait engagé à y revenir, et il avait fini par en abuser à ce point qu'il en consommait en un jour jusqu'à 500 grammes. Il épuisa ainsi toutes ses ressources pécuniaires en altérant tout à la fois profondément sa santé. Des accidents du côté du foie se déclarèrent, caractérisés par des ictères violents, qui se reproduisirent, à plusieurs reprises, pendant le temps que cet homme resta dans nos salles, bien qu'alors il n'eût jamais employé qu'une dose relativement faible, à peu près 125 grammes au plus, de chloforme dans le courant des vingt-quatre heures. De plus, à l'époque où il en absorbait des quantités si effroyables, il avait fini par tomber dans un état de manie aiguë analogue au *delirium tremens*, et force avait été de suspendre ces dangerenses inhalations. Leur influence sur les accès d'asthme étaient d'ailleurs aussi rapides que possible : en moins d'une minute les accès étaient complétement calmés, pour recommencer, il est vrai, peu après, si bien qu'il fallait reprendre de nouveau le chloroforme.

J'ai vu, du reste, chez certains asthmatiques dont les crises étaient beaucoup moins violentes que celles de notre malade, j'ai vu quelquefois de légères inhalations de chloroforme suffire pour faire cesser entièrement l'accès, au même titre que, chez d'autres, quelques bouffées de la fumée d'une cigarette de datura produisent des effets soudains et complets.

Si j'ai tant insisté sur le traitement de l'asthme, c'est que ce traitement ne peut se formuler de telle sorte qu'il s'applique à tous les malades. Il y a à cet égard des différences étranges, et tel individu est guéri presque instantanément, tandis qu'un autre, qui paraît être dans des conditions identiques, n'éprouve aucun effet et éprouve même un mauvais effet de l'emploi du même remède.

Il n'y a toutefois pas d'inconvénient, et il y a souvent avantage à associer, ainsi que je le fais maintenant, ces diverses médications. Pour en citer un exemple récent :

Le 2 décembre 1862, j'étais consulté par une jeune dame de vingt-sept ans, asthmatique depuis l'âge de sept ou huit ans et dont

les accès lui laissaient à peine quinze jours de bon en trois mois. Je lui conseillai de prendre l'arséniate de soude à son déjeuner; l'iodure de potassium au dîner, la belladone le soir, et tous les huit jours, le matin à jeun, une dose de 8 grammes de quinquina jaune. Le 1er juillet 1863 cette jeune dame revenait me voir et me dire que depuis longtemps elle n'avait pas eu une seule attaque.

Quelques mots encore en terminant, relativement au choix des localités à propos desquelles on peut demander notre avis.

En parlant des causes occasionnelles de l'asthme, j'ai dit quelle était, sur les individus, l'influence des climats et des localités ; j'ai raconté des faits de malades qui n'avaient jamais d'attaques lorsqu'ils habitaient certains pays, tandis que, dans d'autres, ils en étaient constamment tourmentés. Ceci doit être mis à profit. Mais en conseillant le changement de lieux, l'on doit en appeler à la propre expérience des sujets, ou les avertir, s'ils n'ont pas essayé de ce moyen de traitement souvent si efficace, que cette expérience seule doit être leur guide. Il n'est pas en effet de règle absolue à cet égard, telle localité convenant à celui-ci, qui ne conviendra pas à celui-là. Ainsi les lieux bas conviennent généralement aux personnes dont la respiration est, comme on le dit, difficile ; les lieux élevés leur sont contraires. Cependant j'ai connu un officier supérieur qui, sujet à des attaques d'asthme incessantes lorsqu'il habitait Paris, en fut délivré pendant dix mois qu'il passa à Clermont-Ferrand, et n'eut pas le plus petit accès d'oppression pendant le temps qu'il resta dans les montagnes du Mont-Dore, où il faisait à pied et à cheval de nombreuses excursions.

Il semble que, relativement à la hauteur de la localité que l'on habite, il y ait des conditions qu'il eût été bien difficile de soupçonner. Nous avons tous connu un interne des hôpitaux de Paris qui à l'hôpital Beaujon, situé dans le haut du faubourg Saint-Honoré, avait continuellement de l'asthme. Il obtint du professeur Marjolin, son chef de service, de permuter avec un de ses camarades de l'Hôtel-Dieu, hôpital situé, comme on le sait, sur le bord de la Seine, et par conséquent dans la partie la plus basse de Paris. A l'Hôtel-Dieu, il n'avait jamais d'asthme; mais s'il allait à Beaujon dîner avec ses anciens collègues, il était pris immédiatement d'oppression, et il se vit obligé de s'interdire un plaisir qu'il payait trop cher.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du traitement des plaies chirurgicales et traumatiques par les pansements à l'alcool.

Par M. Chédevergne, interne à l'hôpital des Cliniques.

De la cicatrisation des plaies avec perte de substance considérable. — Pour elles, il y a *deux modes de cicatrisation* distincts en apparence; nous donnerons un exemple de chaque espèce : nous allons commencer par la relation d'une observation où l'exposition des effets locaux de l'alcool est aussi complète que possible.

Obs. X. Frémot (Barthélemy), âgé de trente-quatre ans, charretier, entre à la Clinique, au numéro 14, le 1er mai 1864. Le 1er mai, il conduisait sa charrette, lorsque sa blouse fut accrochée par une voiture; il tomba et la roue de la voiture lui passa sur le coude. Elle produisit deux plaies sur la partie externe du membre, l'une, au niveau de l'épicondyle, communiquant avec l'articulation, l'autre un peu plus haut. Il en existait également une troisième, moins profonde, vers l'épitrochlée. La jointure était le siége de délabrements assez considérables; on ne put faire d'examen minutieux, de peur de les augmenter, mais il fut facile de sentir la crépitation. L'apophyse coronoïde parut le siége d'une fracture. Les parties molles étaient gonflées. Le coude fut placé dans la demi-flexion et recouvert de cataplasmes.

La tuméfaction augmenta, il se développa un vaste phlegmon diffus, qui nécessita des débridements multiples. La peau tomba en gangrène et laissa à nu une surface très-large, d'où s'écoulaient des flots de pus. Le malade avait des frissons, de la fièvre, de l'anorexie, il maigrissait.

Le 17 mai, bien avant que l'élimination des parties mortifiées fût complète, les cataplasmes furent remplacés par de la charpie imbibée d'eau-de-vie camphrée mélangée d'eau.

Au bout de deux jours, la plaie avait changé d'aspect; de pâle, elle était devenue rouge et un peu saignante. A la place du pus, on ne trouvait qu'une légère couche de lymphe plastique. Les bords de la plaie étaient encore décollés. L'odeur infecte du phlegmon diffus avait disparu. L'état général était beaucoup meilleur, il y avait à peine de la fièvre, et l'appétit renaissait.

Le 21 mai. L'exhalation sanguine n'existe plus, la surface est mamelonnée et recouverte de lymphe coagulable, mais il n'y a pas de pus. Sur la charpie même, qui est restée en place pendant vingt-quatre heures, il y en a à peine des traces. Tout autour, les bords se recollent et la cicatrisation commence.

Le 22 mai. Au niveau de l'épicondyle existe une portion d'os dénudé. On peut établir ici sur le même sujet une comparaison

---

(1) Suite, voir le numéro précédent, p. 249.

entre les effets des pansements à l'alcool et ceux des pansements ordinaires. Sur la face interne de la région articulaire est une petite plaie qui jusqu'ici n'a été recouverte qu'avec de la charpie sèche; elle fournit tous les jours une quantité de pus considérable, tandis que la grande surface n'en donne pas.

Le 25 mai. Ce matin j'ai mesuré les dimensions de la dénudation; maintenant que les bords sont bien recollés et que la cicatrisation marche, elle a 30 centimètres dans sa plus grande longueur sur 15 dans sa plus grande largeur, ce qui fait une superficie d'environ 4 décimètres carrés. Je puis suivre pas à pas la cicatrisation des plaies, mais je n'en consignerai pas ici les détails fort connus.

Le 5 juin. La surface est humide et recouverte d'une pellicule blanchâtre transparente. Elle est presque unie; on y voit à peine quelques inégalités, pas d'exubérance de granulations, pas de bourgeons végétants. Tout est au niveau des bords, qui ne sont plus distants que de 23 centimètres d'une part, et 12 d'autre part.

12 juin. L'aspect de la plaie est le même. Diamètre, 20 sur 11. L'épicondyle, qui était à nu, est recouvert. Les mouvements de flexion et d'extension sont possibles, quoique un peu douloureux dans le coude. La jointure est toujours dans la demi-flexion. L'état général du malade est excellent. Celui-ci est beaucoup plus gras que lorsqu'il est entré, il est rouge et très-bien portant. Depuis qu'il est traité par l'esprit de vin, il a remarqué souvent qu'il est étourdi peu de temps après le pansement, et il nous a dit fréquemment qu'il se sent ivre comme s'il avait pris du vin en trop grande quantité. Il nous prie d'ajouter de l'eau à son alcool (1).

Le 29 juin. Le malade se lève depuis quelques jours. La physionomie de la plaie est très-belle. Les granulations, qui n'ont jamais eu besoin d'être cautérisées, sont presque imperceptibles et juste au niveau de la peau voisine; elles sont humides et recouvertes d'une mince membrane blanchâtre. Il n'y a pas la moindre odeur, pas trace de pus.

Le malade sort le 12 juillet, mais il revient plusieurs fois à la consultation de la Clinique. La cicatrisation est à peu près complète au commencement d'août.

Le fait dominant, là comme dans toutes nos observations, est donc celui-ci : *Régularité de la surface de la plaie, présence de granulations à peine appréciables, sécrétion abondante de lymphe coagulable, suppuration à peu près insensible, absence de mauvaise odeur.* Arrêtons-nous un instant sur le mode de cicatrisation.

Habituellement, et quel que soit le pansement mis en usage,

(1) J'observe en ce moment les mêmes phénomènes de semi-ébriété chez une femme de soixante ans qui a subi l'amputation du sein et qui est soumise à l'eau-de-vie camphrée pure. Deux fois même elle a éprouvé des vomissements que nous n'avons pu rattacher à d'autres causes qu'à l'influence de l'alcool absorbé. Les pansements dans ces deux cas avaient été faits peu de temps avant le repas. La particularité de l'observation IV n'est donc pas isolée.

surtout si c'est l'eau fraîche et la charpie simple avec ou sans cérat, il se dévelope à la surface de la plaie des bourgeons charnus, plus ou moins saillants, qu'on est obligé de réprimer avec le nitrate d'argent. Jamais pareille nécessité n'a lieu quand on emploie l'alcool, ceux-ci se trouvent réprimés naturellement par l'action du médicament, et c'est à peine si on les remarque, tant la surface est unie; ils sont, du reste, toujours voilés par une couche épaisse de lymphe plastique qui se coagule à leur surface et y dépose des pellicules successives qui s'organisent. A la périphérie, les bords de la solution de continuité, au lieu d'être épais et gonflés, sont plats et minces; au lieu d'être décollés et de receler du pus accumulé, ils sont adhérents et attachés à la cicatrice qui se forme. Ils sont constamment attirés de la circonférence vers le centre, de sorte que, quand la plaie est complétement fermée, la peau voisine recouvre en grande partie la surface antérieurement dénudée, et ne laisse qu'une petite place pour le tissu de cicatrice.

Nous disions tout à l'heure qu'il se dépose à la surface de la plaie des couches successives et pellucides de lymphe. L'effet de l'alcool est, nous l'avons déjà vu, de coaguler l'albumine. Deux choses peuvent se passer qui déterminent *deux modes de cicatrisation* d'aspect différent : ou bien cette albumine coagulée forme à la superficie une sorte de mince membrane ténue; ou bien elle se combine avec la partie la plus fine de la charpie, de manière à former une espèce de coque qui protége la plaie et sous laquelle se fait la cicatrisation ; c'est dans ce cas une véritable cicatrisation *sous-crustacée*. Lorsqu'on enlève le pansement extérieur, on aperçoit un espace recouvert d'une substance blanche mamelonnée, tomenteuse, molle et élastique, qui cache complétement la dénudation. Si on cherche à la détacher avec des pinces, on arrache brin à brin de fines parcelles de charpie, et au-dessous on rencontre la surface de la plaie en très-bon état. Examinée soigneusement, cette couche contient principalement de l'albumine coagulée et de la charpie très-ténue. Ce mode de cicatrisation *sous-crustacée* serait plus fréquent, si on se servait de charpie très-fine. En voici un exemple :

Obs. XI. Séverin (Marie), cinquante et un ans, couturière, entre à la Clinique, le 7 mars 1864, pour un vaste cancroïde du bras développé sur un vieux vésicatoire datant de vingt-trois ans.

Le 14 mars. Une incision circulaire comprenant toute la peau est faite, et la tumeur disséquée avec soin, le biceps est mis à nu sur une longueur de 13 centimètres. Le diamètre transversal de la plaie est de 15 centimètres, de sorte qu'à son niveau les trois quarts de la peau du bras sont enlevés (150 centimètres carrés de super-

ficie.) Pansement avec la charpie imbibée d'alcool. Hémorrhagie deux heures après l'opération. Ligatures de trois artérioles ; renouvellement du même pansement ; légère compression.

Le 15 mars. La plaie est sèche et la charpie y adhère, c'est le résultat de la compression. La partie supérieure de l'avant-bras est gonflée et douloureuse.

Le 16. La charpie est encore sèche et adhérente. Pas de suppuration.

Le 17. On panse deux fois par jour.

Le 19. La lymphe plastique humecte la surface dénudée. Coloration rosée des muscles brachial-antérieur, deltoïde, vastes interne et externe. On distingue très-bien les interstices intermusculaires et les cloisons aponévrotiques. Dans sa portion interne le biceps est sec et présente une couleur foncée. Endolorissement de la partie supérieure de l'avant-bras, qui est gonflé et un peu rénitent. La veine basilique qui avait été évitée pendant l'opération est oblitérée. La malade a peu d'appétit ; fièvre légère.

Le 20. Il y a toujours un gonflement œdémateux au-dessous du coude ; empâtement ; rien dans la jointure. La plaie n'en a pas moins bon aspect. Le biceps est seulement sec et noirâtre. On panse aujourd'hui avec des compresses imbibées d'eau.

Le 22. Les bourgeons charnus se montrent, une couche épaisse de pus blanc-jaunâtre recouvre la plaie.

Le 23. Elle est turgescente, et revêtue d'une grande quantité de pus épais, adhérent comme une fausse membrane. Les bourgeons charnus sont saillants et mollasses ; mais l'avant-bras va très-bien, l'œdème à disparu. L'appétit est toujours faible ; la malade a des vomissements. On reprendra aujourd'hui les pansements à l'alcool suspendus depuis plusieurs jours.

Le 24. La plaie est moins boursouflée.

Le 25 et le 26. La plaie est propre, et n'est plus recouverte que d'une couche très-mince de pus ; les bourgeons charnus sont moins saillants ; coloratiorosée partout. L'avant-bras va très-bien. Cependant il se forme un petit abcès sous la peau, à la partie inférieure de la plaie ; il se vide dans l'intérieur de celle-ci. Le traitement est continué ; les bourgeons charnus deviennent moins proéminents, au point de n'être plus que de très-fines granulations. Le pus diminue énormément, il se supprime à peu près, lorsque le petit abcès de la partie inférieure de la plaie est guéri ; la peau est complétement recollée vers le 10 avril. Elle adhère tout autour. La bande cicatricielle circulaire est alors parfaitement visible. L'appétit est revenu.

Le 15 avril. La marche de la cicatrisation paraît un peu lente, mais elle est progressive et il n'y a pas de temps d'arrêt ; ce qu'il y a de remarquable, c'est l'absence complète de pus. La plaie est recouverte d'une croûte blanchâtre, mamelonnée, chagrinée, à gros grains, qui cache sa surface. Cette couche, qui protége la plaie et sous laquelle se forme la cicatrice, est un mélange de charpie extrêmement fine, d'albumine coagulée, d'albumine liquide et de glo-

bules graisseux ; on ne peut y trouver autre chose par l'examen chimique et microscopique.

Le 1er mai. La plaie, blanche et circulaire, se rétrécit tous les jours ; la malade engraisse.

Le 15. Rien à noter, si ce n'est que tout va bien.

Le 28. La plaie n'a plus que 5 centimètres de hauteur sur 4 transversalement. La cicatrice n'y est pas encore faite, le reste est protégé par la peau des parties voisines, qui s'est avancée sur elle pour la recouvrir.

La croûte blanche que nous avons signalée plus haut existe toujours. La plaie est unie et au niveau de la peau, ses bords sont plats. La malade part pour le Vésinet.

Le 29 juin. Partie depuis un mois pour le Vésinet, elle revient aujourd'hui très-bien portante ; elle fléchit et étend le bras avec une très-grande facilité. La surface de la plaie a 2 centimètres sur 3, mais elle est recouverte de bourgeons saillants presque végétants ; c'est qu'on l'a pansée depuis la sortie avec du styrax, au lieu d'alcool.

Le 15 juillet. Aujourd'hui la cicatrisation est terminée.

Action chimique de l'alcool sur la cellule de pus. — Nous avons dit et répété que lorsqu'on emploie l'eau-de-vie dans le pansement des plaies, la suppuration est insensible, et l'odeur nulle, c'est un fait d'observation ; mais il n'a rien qui doive étonner, et la plus simple expérience en donne la raison. Que l'on prenne du pus infect ; dès qu'on y verse de l'alcool, il devient à peu près inodore. En même temps, il se forme un précipité composé de matières fragmentées et qui n'est autre qu'un précipité albumineux et graisseux.

J'ai voulu voir à l'aide du microscope quelle est l'action intime de l'alcool sur le pus et en particulier sur sa partie essentielle, sur le globule.

D'après Virchow, il est impossible de différencier, au moyen des instruments grossissants, la cellule de pus du globule blanc du sang ; mais quand on met sous le champ de la lentille une gouttelette de pus mélangée d'eau, aucune confusion n'est possible. L'eau n'a pas d'action sur le globule ; mais si on ajoute si peu que ce soit d'alcool, on assiste à un phénomène qui nous donne l'explication des effets étonnants de cet agent sur les plaies suppurantes. Au moment même de son passage entre les deux lames de verres qui recèlent le pus, on voit les cellules changer complétement d'aspect, leur membrane d'enveloppe est anéantie, elle disparaît, pendant que le noyau reste intact et qu'une multitude de granules, infiniment plus petits que le globule primitif et aussi que son noyau, se montrent et remplacent le globule. Sur la même prépa-

ration, si on suit pas à pas les phénomènes qui s'y passent, on peut saisir toute la série des transformations. On trouve d'un côté, des granules isolées qui nagent dans le liquide, d'autres réunis en groupes qui ressemblent tout à fait à une masse de vésicules graisseuses, groupes arrondis de même forme et de même diamètre que la cellule, enfin des cellules encore entières, dont on voit subitement l'enveloppe s'évanouir pour laisser à nu leur contenu. L'alcool détruit donc le globule purulent en dissolvant son enveloppe, et il se précipite à sa place un certain nombre de granules. Ces granules sont les uns albumineux, les autres graisseux ; il paraît y avoir un mélange en proportions différentes de ces deux éléments suivant les cas. Ce sont ces parties que l'on rencontre à la surface de la plaie et de la charpie du pansement, comme je m'en suis assuré plusieurs fois ; ce sont elles qui, réunies aux filaments les plus fins de cette dernière, et aussi à de l'albumine liquide, vont constituer cette croûte blanchâtre que nous décrivions tout à l'heure, à propos de *la cicatrisation sous-crustacée*. Dans quelques circonstances, il s'y ajoute du sang. L'aspect change, ou plutôt la coloration, mais au fond c'est toujours le même mode de protection. Ainsi donc, s'il s'établit à la surface de la plaie *une résorption, ce ne peut être une résorption de pus;* puisqu'il n'y a plus de cellules, il n'existe plus de pus ; celui-ci étant remplacé par une substance émulsive, une espèce de liquide laiteux composé d'eau, de substances albuminoïdes et de graisses. C'est la seconde forme de résorption admise par Virchow, résorption qui n'est nullement dangereuse, comme on le comprend sans peine. Il est d'ailleurs démontré que la pénétration du pus en nature dans le sang est impossible au point de vue morphologique.

Cette propriété de l'eau-de-vie camphrée est très-remarquable, l'acide acétique concentré la possède également. Il est probable que ce dernier la tire de l'alcool qu'il renferme. Les autres acides les plus énergiques, les acides nitrique, chlorhydrique, sulfurique, n'ont pas, en effet, cette faculté. Il en est de même de l'ammoniaque. Les globules se distinguent encore dans la matière gélatineuse filante qui résulte de l'action de l'ammoniaque concentré sur le pus. Ils conservent leur apparence ordinaire dans l'eau, dans l'eau distillée, et dans les divers liquides animaux, dans la sérosité, dans l'albumine, dans le sang, dans l'urine. D'après P. Bérard, la putréfaction ne les détruit qu'extrêmement lentement. J'ai pu vérifier le même fait.

Avant de connaître l'action de l'alcool sur la cellule purulente, lorsque nous voyions le pus disparaître de la surface des plaies pansées au moyen de ce liquide, nous nous demandions s'il y

était décomposé, ou s'il n'y était pas même sécrété. La question est facilement tranchée par les quelques remarques que nous venons de faire : il est décomposé. On pouvait se douter, du reste, qu'il y avait là une action chimique, car, dès que l'alcool était évaporé, que la charpie était complétement sèche, le pus apparaissait ; le contact de l'agent spécial est constamment nécessaire. Les études chimiques et microscopiques auraient donc depuis longtemps pu conduire à ce point de pratique si utile. Malheureusement la pratique s'établit presque toujours d'une façon empirique et par conséquent lente, et la science exacte ne sert souvent qu'à la contrôler et à l'expliquer.

(*La fin au prochain numéro.*)

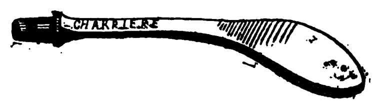
Moyen très-simple de pratiquer des irrigations dans le pharynx chez les enfants.

Par M. P. Guersant, chirurgien des hôpitaux.

Il est une foule de cas dans lesquels il est indiqué de prescrire des gargarismes aux enfants ; mais ceux-ci pour la plupart, les plus grands comme les plus petits, ne savent pas mettre en usage ce moyen ; il y a même des adultes qui ne sont pas plus habiles. On peut aussi remarquer, en se gargarisant soi-même, que le plus ordinairement le liquide ne va pas jusqu'aux amygdales, et qu'il n'agit pas aussi bien qu'on doit le désirer.

Il faut encore remarquer que, dans les cas d'inflammations très-intenses de l'arrière-gorge, les malades ont beaucoup de peine à ouvrir la bouche, et qu'ils peuvent à peine desserrer les dents ; c'est pour ces cas, et surtout pour les enfants, que dans les angines tonsillaires simples ou intenses, dans les abcès des amygdales, dans les stomatites pseudomembraneuses, dans les angines couenneuses ou gangréneuses, ou même dans des angines chroniques granuleuses ou autres, que nous avons cru utile de faire des injections, ou mieux des irrigations dans la gorge. Comme il faut toujours se servir d'une seringue ou d'un irrigateur qu'on a chez soi, ou qu'on se procure facilement, il ne s'agissait que d'avoir une canule convenable, pour déprimer la langue et faire jaillir le liquide dans les différents points de la gorge. Les canules de gomme ordinaires ne dépriment pas la langue, et peuvent être mordues et brisées par les enfants. Nous avons fait construire un instrument que nous appelons *canule abaisse-langue,* après avoir essayé plusieurs métaux, sur l'avis de M. Charrière, nous nous sommes fixé à le faire en bronze aluminium ; ce métal a l'avantage

de ne pas être altéré par les eaux sulfureuses, qu'on peut employer en certain cas, pour les amygdalites chroniques par exemple : il a la forme de l'extrémité d'un manche de cuiller ; il est légèrement courbé, à environ 12 à 15 centimètres de long, il est épais de 5 millimètres et creux dans toute son étendue ; l'extrémité destinée à abaisser la langue a sur sa circonférence et sur sa convexité un certain nombre de petits trous comme ceux d'un arrosoir. A l'autre extrémité existe un véritable bout de canule, qui peut s'ajuster au conduit en caoutchouc d'un irrigateur, ou même d'une seringue. Une fois fixé, et l'appareil étant rempli du liquide qu'on veut injecter, on place sous le menton une cuvette pour recevoir le liquide qui retombe de la bouche ; on penche légèrement la tête du malade en arrière, on abaisse la langue comme pour examiner l'arrière-bouche, on fait partir le liquide très-doucement, afin qu'il tombe d'abord lentement dans la bouche, puis graduellement avec plus de force, afin qu'il produise une véritable irrigation.



De cette manière le liquide projeté frappe les parties malades et peut les déterger des mucosités, des concrétions, des fausses membranes et même des escharres qui se trouvent sur la muqueuse des amygdales, du voile du palais, et des autres régions de la bouche. On peut réitérer ces irrigations plusieurs fois par jour ; les grandes personnes s'y habituent facilement, et les enfants eux-mêmes finissent par en faire un jeu.

Je dois ajouter que dans certaines amygdalites chroniques, et dans les angines granuleuses, j'ai obtenu de bons résultats des irrigations, en employant des eaux sulfureuses, comme le docteur Lambron le pratique à Luchon.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Identité de l'extractif de Scherer, de l'albuminose et de l'osmazôme ; inductions pratiques.

Par M. Mathieu, pharmacien à Bordeaux.

L'absorption de l'iode par les urines glycosuriques, qui d'abord avait été considérée comme une propriété appartenant à la glycose, a été ensuite attribuée par plusieurs auteurs aux différents éléments de l'urine. Des expériences nombreuses sont venues succes-

sivement enlever à chacun d'eux cette propriété, et la véritable cause du phénomène restait inconnue. C'est dans le but d'arriver à connaître le corps auquel cette absorption pouvait être attribuée que j'ai tenté quelques expériences, afin d'apporter mon tribut d'observations à la recherche d'un phénomène qui, j'en suis convaincu, est appelé à expliquer certains symptômes morbides que j'ai toujours vu confondre avec ceux appartenant au diabète. Cette découverte pourra peut-être servir à révéler une nouvelle maladie grave, dépendant, comme celle-ci, d'un état général et intéressant l'ensemble des fonctions d'assimilation et d'élimination ; l'an dernier déjà, à propos de l'observation faite par un savant professeur, j'ai publié quelques expériences, et j'attribuai la propriété des urines d'absorber la teinture d'iode à la présence d'un principe extractif sulfuré, déjà indiqué par Scherer, auquel ce physiologiste assigne pour origine la métamorphose, sous l'influence d'un état morbide grave, des éléments albumineux et fibrineux de l'organisme.

De son côté, M. Mialhe, dans ses travaux si intéressants sur la digestion, est parvenu à isoler un corps qu'il a nommé albuminose, et qu'il pense être le résultat de la transformation de la fibrine et de l'albumine des aliments pendant l'acte de la digestion. Il n'entre pas dans mon sujet de discuter la valeur de ces deux appréciations de la nature du phénomène physiologique qui préside à la formation de ce corps et amène sa présence dans les urines. Le but que je me propose quant à présent se borne à constater l'identité de ce corps, à étudier les réactions à l'aide desquelles on peut arriver à en reconnaître la présence, à en déterminer la quantité ; enfin, je voudrais appeler l'attention des médecins sur l'existence de ce corps, en plus ou moins grande quantité, dans les urines normales ; faire voir que cette quantité dans certaines limites, qu'on peut appeler limites normales, sont sous la dépendance de l'alimentation ; mais que lorsqu'elle dépasse ces limites, le phénomène est toujours accompagné d'un amaigrissement rapide et souvent considérable.

Ce ne sont pas seulement les urines qui présentent cette puissance d'absorption de l'iode ; le bouillon de ménage, l'infusion et la macération de la chair musculaire, de la moelle, la possèdent également, avec une intensité proportionnelle à la quantité de chair soumise à l'expérience. Conduit par l'analogie des caractères chimiques et physiques, et plus encore par l'analogie d'origine, j'ai constaté par des expériences directes que le corps complexe, mal défini, appelé *osmazôme*, qui ne peut pas être considéré comme un principe immédiat, jouit seul de cette propriété. Cette similitude

d'action, cette analogie d'origine, autorisent à admettre que cette réaction est particulière au même corps, et que l'extractif de Scherer, l'albuminose de M. Mialhe, et l'osmazôme des chimistes ne sont qu'un seul et même corps, que l'on pourrait appeler *extractif de la chair musculaire*. Des expériences, faites directemeut sur la créatine et la créatinine pure, démontrent que ces deux principes de la chair musculaire sont tout à fait étrangers à cette réaction. D'autres expériences tendent à démontrer que l'état particulier du soufre qui fait partie des éléments de cet extractif, n'est pas étranger à cette réaction. Je me réserve de publier sous peu le résultat de mes expériences spéciales à ce sujet.

Formule de cônes antiasthmatiques.

Par M. Sarradin, pharmacien à Paris.

MM. Trousseau et Blondeau m'avaient demandé de préparer des cônes combustibles destinés aux personnes qui, ne pouvant fumer, préfèrent s'exposer à la fumée produite par la combustion des substances qui entrent dans la composition des diverses espèces de cigarettes prescrites pour combattre l'asthme.

J'ai eu l'intention de faire entrer dans chaque cône : acide arsénieux, 0,10; opium, 0,10; phellandrium, 0,20 ; jusquiame, 0,80; stramonium, 0,80 ; belladone, 1,00 ; nitrate de potasse, 1,00.

Mais j'ai dû, après divers essais, porter la dose du nitrate de potasse à 2 grammes, afin d'obtenir une bonne combustibilité. De tels cônes, parfaitement séchés à l'étuve, brûlaient complétement et sans trop vive déflagration. Cependant il est arrivé qu'après quelques semaines de préparation, les mêmes cônes ne se consumaient plus avec la même facilité. Pour remédier à cet inconvénient, j'y ajoute maintenant un peu de benjoin et j'obtiens ainsi des cônes qui, une fois secs, restent combustibles, à la condition d'être conservés à l'abri de l'humidité. Voici leur formule :

Pr.	Acide arsénieux	1 gramme.
	Opium	1 gramme.
	Phellandrium	2 grammes.
	Jusquiame	8 grammes.
	Stramonium	8 grammes.
	Belladone	10 grammes.
	Benjoin	8 grammes.
	Nitrate de potasse	20 grammes.
	Gomme adragante	2 grammes.
	Eau	Q. S.

Pour une masse à diviser en dix cônes.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Nouvelles observations d'anévrysmes guéris par la compression digitale.

Communiquées à la Société de chirurgie.

Il y a déjà deux années que j'ai eu l'honneur de vous faire ma dernière communication (séance du 29 octobre 1862) sur les anévrysmes, que j'avais traités par la compression digitale. Je viens vous demander aujourd'hui la permission de continuer, en vous présentant les observations des cas que j'ai eu à traiter depuis cette époque. Ces observations sont au nombre de sept et se sont succédé dans l'ordre suivant :

Obs. Ire. 24 janvier 1863. Dame de Venise, âgée de vingt-huit ans, de constitution très-délicate, ayant un anévrysme artérioso-veineux, gros comme le bout du petit doigt, survenu à la suite d'une saignée faite quarante-cinq jours auparavant sur le bras droit. Compression digitale faite d'une manière spéciale; guérison en six heures.

Obs. II. 29 janvier 1863. Femme âgée de soixante-trois ans; anévrysme artériel du pli du bras droit, à la suite d'une saignée faite il y a dix jours. Bras très-enflé avec taches ecchymotiques, fort douloureux, rigide. A cause de l'enflure et de l'induration des tissus, la compression de l'artère hnmérale ne put se faire que tout près de l'aisselle. Guérison en huit heures.

Obs. III. 5 février 1864. Homme âgé de quarante-deux ans, brun, de constitution sèche. Anévrysme remplissant le triangle supérieur du creux poplité gauche. La maladie a débuté subitement, il y a vingt-trois jours, par une douleur très-aiguë ressentie par le malade comme un coup de fouet, pendant qu'il chargeait un chariot de foin. Guérison au bout de treize jours, après cent vingt heures de compression digitale de la fémorale. Les pulsations avaient cessé le douzième jour; mais elles reparurent le lendemain, pour disparaître sans retour après une nouvelle compression de huit heures.

Obs. IV. 6 mai 1864. Domestique âgé de cinquante-quatre ans. Anévrysme artérioso-veineux datant de cinq mois et demi, après une saignée du bras gauche. Cessation du frémissement vibratoire après cinq heures de compression particulière; solidification complète de la tumeur une heure plus tard.

Obs. V. 13 juillet 1864. Propriétaire de la province de Vicence,

âgé de quarante-quatre ans. Anévrysme traumatique du bras droit, suite d'une saignée faite il a quatorze jours. Guérison le cinquième jour de compression digitale exercée par des paysans intelligents et renseignés sur cette manœuvre par M. Chiesa, un de mes élèves distingués, qui m'a communiqué cette observation. Consulté par ce malade, il s'était rendu près de lui, mais n'avait pu y rester que quelques heures.

Obs. VI. 14 juillet 1864. Homme âgé de quarante ans, forgeron, atteint d'un anévrysme traumatique très-grave de l'artère axillaire gauche, par suite d'une blessure causée par la pointe effilée d'une lime que ce malade portait dans la poche de sa veste. La tumeur remplissait tout le creux axillaire et en soulevait la paroi antérieure. Le bras était très-enflé, immobile, insensible, couvert de vastes ecchymoses, et le malade y ressentait des douleurs atroces qui lui enlevaient tout repos.

On procède de suite, à son arrivée dans la clinique, à la compression digitale de l'artère sous-clavière, et dès le premier jour le malade en ressent un grand soulagement. L'enflure du bras diminue considérablement, les douleurs s'apaisent. Pendant treize jours, on continue journellement la compression, mais en la suspendant toutes les huit ou dix minutes, car elle ne pouvait être supportée plus longtemps ; mais au bout de ce temps, l'artère ayant été comprimée pendant quatre-vingt-quinze heures, l'*anévrysme ne montra aucune tendance à se solidifier*, les douleurs avaient reparu ainsi que l'enflure, qui, devenue œdémateuse, rendait le cas très-menaçant.

Jugeant inutile et même dangereux d'insister davantage sur la compression, j'exécutai, le 27 juillet, la ligature de l'artère sous-clavière, à son issue des scalènes, tout en doutant d'obtenir la solidification de l'anévrysme par ce moyen.

L'opération eut lieu sans accidents, la ligature tomba le douzième jour, l'enflure diminua progressivement, *mais l'anévrysme resta tout à fait fluctuant*.

Le 31 août, jour où je vis le malade pour la dernière fois, à cause de la clôture des cliniques, la fluctuation était encore très-manifeste. Heureusement la tumeur avait diminué d'un tiers à peu près, la sensibilité et quelques mouvements des doigts étaient revenus. On peut espérer que l'absorption des caillots cruoriques, qui remplissent le sac, pourra se compléter avec le temps ; mais il y a toujours à craindre que la tumeur ne s'enflamme, qu'elle s'abcède, et par suite donne lieu à une hémorrhagie peut-être mortelle.

Cette observation prouve une fois de plus ce que j'eus l'honneur de vous dire il y a deux ans, à l'occasion de ma dernière communication, savoir : que l'on doit toujours craindre qu'un anévrysme reste fluctuant après la ligature, lorsque sa solidification n'a pas eu lieu par la compression digitale faite convenablement et pendant un temps suffisant.

Obs. VII. 17 août 1864. Un bottier âgé de quarante-deux ans, adressé de la ville de Trieste par M. Bemporatti, jadis mon élève, pour être soigné d'un anévrysme spontané de l'artère poplitée droite. La tumeur, qui date de cinq mois, ne présente pas de complications notables ; elle remplit le triangle poplité supérieur. Ce malade fut guéri en vingt-quatre heures par les convalescents de la clinique, qui faisaient à tour de rôle la compression digitale de la fémorale.

Commencée dès l'entrée du malade, le mercredi à une heure, on continua jusqu'à sept heures du soir la compression. Le lendemain, on la fit pendant douze heures, puis le vendredi, depuis six heures du matin jusqu'à midi. La compression fut alors suspendue, la tumeur était déjà complétement solidifiée. L'illustre professeur Pirogoff (de Saint-Pétersbourg), alors en visite chez moi, eut occasion de voir ce malade et de constater sa guérison parfaite.

Dans toutes ces observations, la compression a été entreprise d'emblée, sans préparation préalable des malades ni administration d'aucun médicament interne, et sans l'application d'aucun topique sur la tumeur. On l'exécuta *complète* ou *totale*, sans prendre soin de commencer par la faire *incomplète* ou préparatoire, pour la rendre ensuite complète ou définitive.

La compression a toujours été suspendue pendant la nuit, afin de ne pas altérer la santé des malades par manque de repos. D'ailleurs, en la suspendant ainsi, le point qui a été comprimé par les doigts a le temps de reprendre son état normal, et la rougeur résultant de la pression de la journée s'efface pendant le repos de la nuit. Le lendemain, ce point supporte alors plus facilement une nouvelle compression.

On a cherché à rendre la compression pendant la journée aussi *continue* qu'elle peut l'être. Mais la compression digitale ne peut jamais être continue d'une manière absolue, soit à cause des intermittences involontaires et inévitables qui ont lieu au moment de l'échange des doigts qui compriment, soit parce que, se trouvant fatigués, ceux-ci perdent une partie de leur sensibilité tactile.

Des sept observations précédentes, je crois que les plus remar-

quables et les plus intéressantes sont certainement celles des deux anévrysmes artérioso-veineux dont j'ai pu obtenir la guérison avec une rapidité et une facilité qui m'ont beaucoup étonné. Tous les chirurgiens savent combien il est difficile de guérir ces anévrysmes ; aussi je m'empresse de soumettre à l'appréciation de la Société la méthode spéciale de compression avec laquelle je suis parvenu à guérir ces deux malades.

Voici comment j'ai été conduit à modifier, dans ces cas particuliers, la compression digitale ordinaire :

Lorsque (le 24 janvier 1863, obs. Ire) la jeune dame de Venise vint me consulter pour l'anévrysme artérioso-veineux qu'elle portait au pli du bras droit depuis quarante-cinq jours, j'avais si peu l'espoir de la guérir, que voyant la tumeur petite, n'ayant pas de tendance à s'accroître, et ne gênant la malade que par les vibrations qu'elle y ressentait, je fus sur le point de conseiller simplement un bandage élastique. Mais en cherchant naturellement à constater avec toute la précision possible les caractères propres à confirmer mon diagnostic, entre autres manœuvres, j'appuyai avec le bout du doigt très-légèrement sur la veine basilique, juste au point où existaient la cicatrice de la saignée et une petite dilatation en ampoule de ce vaisseau.

Je remarquai alors que cette pression suspendait le frémissement vibratoire *continu rémittent* ; qu'ainsi elle interceptait complétement la communication entre la veine et le sac anévrysmal sans le comprimer, car les pulsations *intermittentes* de ce dernier n'étaient que mieux perçues par ce doigt compresseur.

Je conclus de là qu'il était maintenant en mon pouvoir de changer instantanément et à volonté cet anévrysme compliqué en un anévrysme simple, non variqueux, par conséquent susceptible de guérir facilement.

Pour obtenir la guérison de cet anévrysme artérioso-veineux, je devais donc faire d'une main la compression digitale ordinaire de l'humérale, et en même temps, avec un doit de l'autre main, comprimer légèrement la veine pour intercepter toute communication entre elle et le sac anévrysmal. En bouchant l'ouverture de communication entre la veine et la tumeur, je ne devais pas comprimer celle-ci, afin d'y permettre le dépôt des caillots cruoriques nécessaires à sa solidification.

Ce plan de traitement ainsi conçu, je le mis de suite à exécution avec mon aide de clinique. Nous commençâmes la compression double à six heures du soir. L'un comprimait l'artère pendant que

l'autre comprimait du doigt la veine, mais seulement pour en faire cesser le frémissement.

A neuf heures, la malade, se sentant fatiguée, se mit au lit, interrompant par là la compression pendant un quart d'heure à peu près. A onze heures, le frémissement avait déjà cessé, et à minuit, la tumeur était complétement solidifiée. Je n'appliquai aucun bandage, faisant simplement maintenir le bras ployé et suspendu au cou pendant quelques jours. La guérison s'est parfaitement maintenue, sans qu'il reste actuellement aucune trace de la tumeur.

La promptitude et la facilité avec lesquelles j'obtins cette guérison m'étonnèrent, quoique je me fusse rendu compte du mécanisme par lequel elle s'était opérée. Mais elle contrastait tellement avec les difficultés généralement admises de la guérison des anévrysmes variqueux, que je me demandai si un concours fortuit de circonstances favorables ne m'avait point aidé, et si la compression directe de la veine pouvait y avoir pris part.

Je désirais donc beaucoup avoir une nouvelle occasion d'expérimenter cette méthode, lorsqu'une année et demie après la première cure, le domestique cité plus haut, porteur d'un anévrysme arterioso-veineux datant de cinq mois et demi (obs. IV), vint réclamer mes soins. Cet homme, saigné au commencement de l'hiver de 1863, ne s'aperçut de l'existence de la tumeur au pli du bras gauche qu'au printemps de cette année (1864), lorsqu'il supprima son gilet de flanelle. Il déclara qu'au niveau de l'anévrysme il éprouvait une sensation continuelle assez semblable à celle qu'on perçoit quand on *monte une montre*. La tumeur était grosse comme une forte noisette, faisant une saillie très-marquée et bien circonscrite; elle présentait très-manifestement tous les caractères propres aux anévrysmes artérioso-veineux.

L'homme, reçu à la clinique vers midi, fut soumis aussitôt à la double compression, exécutée par les élèves. Il fut pour cela assis sur une chaise, le bras malade en abduction et appuyé sur le dos d'une autre chaise. Le même élève comprimait avec le pouce de la main gauche l'artère humérale, embrassant avec les autres doigts tout le bras, et de la main droite entourant le coude, il appuyait avec le pouce sur la veine basilique, qui rampait sur le côté interne de la tumeur. C'est en agissant ainsi que l'on obtint en moins de six heures la solidification de cet anévrysme. Les frémissements vibratoires avaient disparu près d'une heure auparavant.

Ces deux guérisons, obtenues par la méthode de compression que je viens de décrire, me font espérer qu'elle réussira encore

dans de nouveaux cas. Alors elle pourrait être admise comme méthode normale dans le traitement d'une affection dont le pronostic cessera d'être aussi grave qu'il l'a été jusqu'à présent.

La Société a écouté cette communication avec le plus vif intérêt.

Professeur Vanzetti (de Padoue).

BIBLIOGRAPHIE.

Du typhus épidémique et histoire médicale des épidémies de typhus observées au bagne de Toulon en 1855 *et* 1856, par M. le docteur A.-M. Barrallier, professeur de pathologie médicale à l'Ecole de médecine navale de Toulon, médecin en chef de la marine, etc.

Ce livre, entre autres mérites, a eu celui de l'actualité. Elaboré pendant le cours de deux épidémies de typhus qui sévissaient au bagne de Toulon en 1855 et 1856, remanié ensuite par l'auteur sous l'inspiration des nouveaux enseignements qu'apportaient les manifestations successives de la même maladie pendant notre guerre de Crimée, il est apparu lorsque le souvenir de ces épidémies était récent encore, et au moment où les savants et valeureux confrères des deux armées qui y avaient été acteurs et témoins, produisaient le résultat de leurs impressions et de leurs opinions sur cette grave et redoutable pyrexie. M. Barrallier est arrivé ainsi à nous donner un *traité du typhus,* dans la rédaction duquel ont été mises à profit, non-seulement son expérience personnelle, qui est considérable, mais encore celle des observateurs contemporains qui venaient de se trouver dans une position analogue à la sienne. Si, à ce large tribut d'observations, on ajoute celui qu'avaient déjà fourni les auteurs d'un temps antérieur au nôtre, et dont les travaux, dans un historique très-bien conçu, ont été judicieusement appréciés par notre distingué confrère, on conviendra que la matière était assez abondante et prêtait à l'examen rigoureux, disons plus, à la solution définitive de cette question si souvent débattue, savoir : si le typhus est ou non une espèce distincte dans le règne pathologique. Les faits nombreux dont M. Barrallier avait été spectateur, et la sagacité avec laquelle il les avait étudiés, l'avait rendu assez compétent pour trancher la question à lui seul ; il l'a tranchée effectivement, et par une affirmative sans réserves, dès l'époque de ces épidémies typhiques du bagne de Toulon, dont il écrivit immédiatement la relation : relation dont la mise au jour fut retardée par des circonstances indépen-

dantes de sa volonté, ce qui nous a valu au reste, au lieu d'un intéressant mémoire, une monographie plus intéressante encore de la maladie dont il avait fait une étude clinique toute spéciale. Mais les opinions solitaires, si l'on peut ainsi dire, mettent du temps à faire leur chemin ; l'individualité propre du typhus, proclamée une fois de plus par un praticien isolé, et prouvée cependant cette fois mieux que par quiconque, aurait encore pu laisser l'opinion dans un certain doute ; de nos jours surtout des écrivains si respectés avaient admis l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde, qu'un seul homme peut-être n'eût pas suffi à la réfutation de cette erreur. M. Barrallier a eu ce bonheur, de voir la presque unanimité des médecins de l'armée de terre et de mer corroborer son opinion, et déposer également en faveur d'une distinction nosologique que les manifestations cliniques et nécropsiques semblent rendre désormais indiscutable.

N'eût-on point par soi-même l'expérience de la maladie dont l'individualité a été si souvent mise en litige, on résisterait difficilement à la pression des nombreux arguments produits par le savant professeur de Toulon, pour démontrer la ligne de démarcation tracée par les faits entre le typhus et la fièvre typhoïde. Modes de production et de transmission différents, expression symptomatique différente aussi dans les deux cas aux yeux d'un clinicien exercé, durée moindre, périodes plus marquées, convalescence plus rapide et plus franche dans le typhus que dans la fièvre typhoïde, état typhique à sa plus haute expression et constant dans le premier, ordinairement moins accusé dans la seconde, et même y pouvant faire défaut (ce qui devrait nous amener à adopter définitivement pour celle-ci l'appellation si ingénieuse de Bretonneau, *dothinentérie*); enfin et surtout siége et caractères tout autres des lésions dans l'un ou l'autre cas, dans le typhus par exemple, ce qui est réellement capital, absence dans l'appareil folliculaire de l'intestin des lésions spécifiques qui donnent son cachet anatomo-pathologique à la dothinentérie, voilà des phénomènes, voilà des faits de nature à porter la conviction dans les esprits, et à les rallier à l'opinion professée sur la non-identité par l'auteur du Traité du typhus épidémique.

Au surplus, en couronnant cet important ouvrage, notre plus haute autorité scientifique, la section des sciences de l'Institut, a montré tout le mérite qu'elle accordait à cette distinction, pour elle irréfutable, du typhus et de la fièvre typhoïde.

Un médecin peut à bon droit se faire honneur d'avoir apporté

sa part de lumière dans le chaos de ces maladies qu'une étude incomplète laisse encore agglomérées sous le nom collectif de pyrexies ou fièvres graves. Que les spécifications de nos prédécesseurs, dans ce groupe nosologique si intéressant, aient été exagérées et trop subtiles, soit; mais tout le monde convient aujourd'hui qu'un autre abus en sens contraire a été commis en englobant toutes les fièvres graves dans la fièvre typhoïde. De cette immixtion impossible en bonne doctrine, et contre laquelle l'analyse clinique n'a pas tardé à protester, s'est définitivement dégagé le typhus. Ce n'est que rendre justice au docteur Barrallier, de constater la grande part qu'il aura eue dans ce triage devenu nécessaire. Mais de plus, dans l'œuvre qu'il a consacrée à un double progrès, et dans l'investigation scientifique et dans l'application des moyens les plus propres tant à prévenir qu'à combattre le typhus épidémique, sobre de théories et serrant le fait, il a scrupuleusement sondé les foyers étiologiques, décrit avec exactitude les symptômes, les périodes, les formes, les complications, les tendances, les lésions anatomo-pathologiques, et jusqu'aux retours possibles d'une maladie dont il s'agissait de prouver péremptoirement la grave et distincte réalité. Sans prétendre à instituer une médication souveraine contre cette maladie si difficile à mener à bonne fin, il a du moins exposé un mode de traitement qui répond aux indications principales : traitement bien raisonné, bien conduit, fréquemment suivi de réussite, et qui offre, par conséquent, une excellente règle de conduite en pareil cas. Parmi les moyens employés, on doit citer particulièrement l'essence de valériane, introduite dans la thérapeutique par M. Barrallier, et qu'il a vue agir d'une manière remarquable contre la stupeur profonde et le coma, en exerçant en outre une influence favorable sur la marche ultérieure de la maladie. Or, dans tous les détails que comportait le sujet, l'auteur a donné la preuve de cette sévérité d'observation, exigée par l'esprit moderne, et sans laquelle nul ne se classe parmi les savants sérieux; il a donc acquis, à la considération des praticiens et à la gratitude des élèves, des titres que ne lui contesteront ni les premiers, sympathiques aux idées justes et immédiatemant applicables, ni les seconds, heureux de puiser à l'enseignement des vrais maîtres les éléments de leurs déterminations dans les luttes futures auxquelles le sacerdoce médical les appellera.

Si le *Bulletin de Thérapeutique* est resté en retard avec le livre de M. le professeur Barrallier, ce compte rendu sommaire vient toutefois à son heure pour confirmer le succès du Traité du typhus

épidémique, et constater que, depuis le jour de sa publication, il n'a cessé de mériter les témoignages d'approbation qui l'ont accueilli, et d'être regardé comme l'un des meilleurs guides pratiques du médecin placé en face de ce fléau pathologique que la génération contemporaine avait presque oublié, et que des expériences douloureuses et récentes nous ont montré toujours prêt à éclater dans les milieux encombrés de masses humaines.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

De la curabilité de la phthisie pulmonaire. Parmi les questions posées par le congrès de Lyon, celle qui mérite, avant tout, de fixer l'attention, tant par l'importance que par la gravité et la difficulté du problème qu'elle soulève, est, sans-contredit, la suivante : « Etablir, par des faits rigoureux, la curabilité de la phthisie pulmonaire; distinguer, parmi les variétés de la phthisie, celles qui sont susceptibles de guérison et celles qui ne le sont pas ? » Bien qu'il soit difficile de s'illusionner sur le résultat qu'il est permis d'attendre d'une discussion portant sur un pareil sujet, il faut avouer, cependant, que l'ensemble des opinions émises aboutit à des conclusions véritablement encourageantes; et il est doux, en vérité, de constater ces tendances optimistes, à propos d'une maladie sur laquelle pèse une terrible et fatale sentence d'incurabilité ! Toutefois, ce n'est pas sans quelques regrets, que nous nous voyons dans la nécessité d'enregistrer certains résultats complétement *bruts*, qu'abritent, il est vrai, de hautes garanties de savoir et de conscience, mais qui eussent certainement gagné à se produire avec de plus circonstanciés détails. M. Gourdin a signalé dans sa pratique deux cas de phthisie *guéris*, l'un depuis quinze mois, l'autre depuis onze mois : que ne les a-t-il racontés, plutôt que de s'évertuer à découvrir et à énoncer une formule d'une vérité et peut-être d'un goût aussi équivoques que celle-ci : « Si l'entorse est la cause occasionnelle de la tumeur blanche, la bronchite est l'entorse du tubercule. » L'influence favorable des stations méridionales sur la phthisie a été démontrée d'abord par M. Hugues, qui a pu communiquer dix cas authentiques de guérison, ensuite par M. Boudant (médecin aux eaux du Mont-Dore), lequel s'est particulièrement attaché à tracer les indications distinctes de tels ou tels principes minéralisateurs dans telle ou telle forme de phthisie. M. Martinenq a traité de l'influence de l'air marin dans la phthisie; nous aurons probablement à revenir sur son mémoire, dont on nous promet la publication.

M. Leudet (de Rouen) s'est renfermé dans une question très-limitée mais fort intéressante : « L'alcoolisme préserve-t-il de la phthisie pulmonaire, ou y expose-t-il ? » Six malades observés par lui, pendant la durée entière de leur affection pulmonaire, offraient tous les signes de l'alcoolisme : délire, tremblement, contractures ; or, la phthisie a suivi, chez eux, la marche ordinaire, sans que cette coïncidence ait paru la retarder ou l'accélérer. Néanmoins, M. Leudet serait porté à reconnaître à l'ingestion de l'alcool une influence plutôt favorable que contraire.

Enfin, M. Turck a relaté un fait curieux de guérison de la toux, chez une jeune femme héréditairement menacée de la phthisie, à l'aide d'un moyen auquel on ne songerait guère en pareille circonstance : c'est la compression des carotides pratiquée très-fréquemment par la malade avec un bandage spécial qu'elle appliquait toutes les fois que le besoin de tousser se faisait sentir. Le même orateur a rappelé l'heureux effet des bains tièdes prolongés sur l'état fébrile qui accompagne et complique les dernières phases de la phthisie ; l'influence des diverses altitudes et celle de l'at-

mosphère des étables qui, néanmoins, malheureusement pour l'hygiène, sont mieux nettoyées qu'autrefois, ce qui prive cet air de l'ammoniaque dont l'inspiration améliorait la phthisie. Ne pourra-t-on pas y suppléer par la respiration de l'atmosphère des salles d'épuration des usines à gaz, dont la vertu dans la coqueluche est aujourd'hui à l'étude ? C'est une question que nous ne faisons que poser ici, et dont un plus ample examen serait peut-être légitimé par l'analogie. (*Congrès méd. de Lyon*, octobre 1864.)

De la valeur des diverses méthodes de traitement applicables aux ankyloses complètes et incomplètes, au double point de vue du changement de la position et du rétablissement des mouvements. Telle est l'une des autres questions posées par le congrès de Lyon, question véritablement lyonnaise, ainsi qu'on l'a dit, et qui ne pouvait que gagner à être traitée sur le terrain qui l'a vue naître et où se sont produits les premiers succès qui l'ont consacrée.

Embrassant le sujet dans toute sa généralisation, M. Verneuil a tracé largement les règles d'ensemble que nous nous empressons de rappeler : On ne doit traiter les ankyloses que lorsqu'elles apportent une gêne considérable, car on ne rétablit que très-exceptionnellement les mouvements ; en perspective d'un aussi faible avantage que celui de la restitution des formes, il ne convient pas de s'exposer à des accidents sérieux et réels, arthrites, fractures, etc. Aussi M. Verneuil déclare-t-il qu'il ne tentera jamais la réduction d'une ankylose rectiligne de la hanche ou angulaire du coude, tant qu'elles ne porteront aucune atteinte aux fonctions du membre; il se montre naturellement d'un avis différent pour les ankyloses angulaires d'un membre pelvien ou rectiligne, d'un membre thoracique. Il se demande enfin si, pour certaines ankyloses particulièrement incommodes et que l'on peut rompre, comme celles de la mâchoire, il convient de tenter la résection ? M. Verneuil se contente de répondre à cette question, en rappelant les tentatives d'Esmarcht et de Rizzoli, qui ont déjà trouvé des imitateurs en France et dont les procédés ont reçu un ingénieux perfectionnement de la part de M. Ollier.

Abordant l'étude particulière des procédés de redressement des ankyloses, qu'il divise très-pratiquement en celles qu'on peut rompre et celles qu'on ne peut pas rompre, M. Delore insiste, sous le nom de méthode *mixte*, sur un *modus faciendi* qui lui est propre : il consiste, après éthérisation, à rompre l'ankylose, *mais dans une petite étendue* ; on place ensuite le membre dans un bandage amidonné et, au bout de quelques jours, on continue le redressement. Selon M. Delore, les sections sous-cutanées tendineuses ou musculaires sont inutiles, les muscles sur lesquels elles portent (ceux du pied exceptés) étant très-longs et pouvant aisément être distendus par les tractions. Mais ainsi qu'il était facile de s'y attendre, cette assertion a soulevé des dissidences : M. Palasciano, en particulier, a dû d'autant mieux lui opposer une opinion contraire, qu'il a, comme on sait, très-originalement perfectionné l'emploi curatif de la section musculaire préalable dont il est partisan. Il est évident que sur ce point plus ou moins accessoire, la question ne saurait être définitivement tranchée, et qu'à l'expérience personnelle et au tact du praticien appartient, en réalité, le choix d'une décision à cet égard. Nous terminerons ce rapide exposé par la remarque suivante de M. Turck, savoir que les efforts de redressement employés dans le bain aussi chaud que possible provoquent beaucoup moins de souffrance que quand ils sont pratiqués à l'air. (*Congrès méd. de Lyon*, octobre 1864.)

Des moyens de diérèse qu'on peut avantageusement substituer à l'instrument tranchant, dans le but d'éviter les accidents des plaies (cautérisation, écrasement, ligature, arrachement). Mise à l'ordre du jour des discussions du congrès, cette question touche aux plus récents progrès de la chirurgie moderne et à quelques-unes de ses plus remarquables conquêtes ; aussi a-t-elle été examinée avec tout le soin et les développements qu'elle méritait En général, et au point de vue de la prévention des accidents du traumatisme opératoire, la supériorité de l'écrasement linéaire dont M. Verneuil s'est constitué l'éloquent panégyriste, de la cautérisation, de la ligature, etc., sur l'instrument tranchant, a reçu l'as-

sentiment unanime : les restrictions n'ont guère porté que sur les cas particuliers et exceptionnels, notamment ceux qui sont relatifs aux goîtres cystiques et surtout hématiques ; M. Gayet a cité, à ce propos, un fait dans lequel les caustiques d'abord, la ligature extemporanée ensuite furent impuissants à arrêter l'hémorrhagie. A part ces exceptions et quelques manifestations de prédilection personnelle, les opinions ont été assez convergentes que pour M. Barrier se soit cru autorisé à les résumer, en disant que les diverses méthodes de diérèse doivent être préférées au bistouri *toutes les fois qu'elles sont applicables*. Toutefois nous émettrons, avec M. Barrier, le regret que l'on ait omis les avantages de l'*arrachement* dans certains cas.

La complication la plus redoutable des opérations, l'infection purulente, ne pouvait manquer d'intervenir, à titre de préoccupation essentielle, dans ce débat. A ce propos, les avantages de la réunion immédiate des plaies ont dû être invoqués, et M. Jacquemet a rappelé et confirmé la réalité de l'heureux et inexplicable privilége que possède, à cet égard, Montpellier ; on sait, en effet, que la réunion par première intention, y est presque la règle, tandis qu'elle est ailleurs une rare exception. Mais cette condition toute locale, et en quelque sorte climatérique, est peu faite pour éclairer le côté pratique de la question ; celui-ci a été plus directement abordé par M. Palasciano, qui a signalé la cautérisation comme un remède efficace aux accidents de l'infection putride : un de ses malades opéré par incision, d'un anthrax volumineux, allait succomber aux progrès d'une infection putride prise pour une fièvre paludéenne et vainement combattue par la dose énorme de 75 grammes de sulfate de quinine en quatre jours, lorsque M. Palasciano, intervenant, pratiqua cinq cautérisations successives jusqu'à ce que, l'escharre étant éliminée, la dernière plaie se montrât avec les caractères d'une plaie de bonne nature. Le malade fut sauvé. A l'appui de ce résultat, M. Ollier cite un cas dans lequel il a pu, par la cautérisation, arrêter les progrès de l'infection purulente chez un malade qui avait déjà eu deux frissons.

Envisageant la question sous un autre point de vue, M. Gherini se demande s'il y a un moyen de conjurer l'infection purulente, tout en laissant au chirurgien le choix de l'instrument ? Il rappelle que, d'après M. Pauli, de Milan, le sulfate de magnésie serait un de ces moyens : des effets très-favorables dus à ce médicament ont été relatés par les journaux. Cependant M. Gherini l'a vainement employé plusieurs fois ; M. Pauli a objecté que le sel mis en usage n'était pas pur : c'est une fin de non-recevoir commode. Nous avons quelque répugnance à croire à l'efficacité de cet agent en pareille circonstance : toutefois la gravité de l'accident qu'il s'agit de combattre et notre pénurie thérapeutique vis-à-vis de lui autorisent pleinement l'essai du moyen préconisé par M. Pauli. Nous ne quitterons pas ce grave sujet sans signaler à nos lecteurs, comme lui étant directement afférent, le mémoire de M. Chédevergne, dont nous publions aujourd'hui la suite. (*Congrès médical de Lyon*, octobre 1864.)

De l'ataxie locomotrice et de son traitement. Les nombreuses dissidences qui, au point de vue purement nosologique, se sont produites dans ces derniers temps à propos de l'ataxie locomotrice, sont près de toucher à leur fin : tout le monde à peu près s'accorde aujourd'hui à considérer l'ataxie locomotrice comme un phénomène symptomatique se rattachant, d'une façon plus ou moins prépondérante ou accessoire, à un certain nombre d'états morbides primitifs ; et d'un autre côté, la plupart des pathologistes sont portés à reconnaître l'existence d'une maladie propre, ayant une physionomie et une évolution en quelque sorte personnelles, une lésion constante dont le siége est à peu près fixé, et présentant comme manifestation prédominante et en relief le phénomène ataxie.

Enfin, il paraît certain et prouvé que cette maladie, plus particulièrement décrite chez nous par M. Duchenne (de Boulogne), et par lui dénommée ataxie locomotrice progressive, est la même que celle décrite depuis longtemps par Romberg sous le nom de *tabes dorsalis*.

C'est ce double thème que M. Teissier s'est attaché à développer dans son mémoire présenté au congrès, et dont voici les conclusions :

1° L'ataxie locomotrice est toujours un symptôme ; elle peut dépendre d'affections ou de lésions hétérogènes du système nerveux ;

2° L'ataxie locomotrice progressive de M. Duchenne est une maladie spéciale, dans laquelle on retrouve comme symptôme important l'ataxie musculaire, et qui est caractérisée anatomiquement par une dégénérescence spéciale des cordons postérieurs et des racines postérieures de la moelle, pouvant se compliquer d'une altération des nerfs craniens et même des ganglions cervicaux du grand sympathique;

3° La maladie de Duchenne, et le *tabes dorsalis* de Romberg ne font pas deux espèces morbides distinctes:

4° Pour éviter, à l'avenir, toute confusion, il serait essentiel de ne plus donner à cette dernière maladie le nom d'ataxie locomotrice, et de lui réserver définitivement le nom de maladie de Duchenne ou de *tabes dorsalis*. Le nom de *tabes dorsalis*, soit; mais nous ne saurions assez nous élever contre cette tendance à appliquer à l'appellation d'une maladie un nom de personne, quelque légitime que soit, comme dans le cas dont il s'agit, l'intervention de ce nom. Ce procédé terminologique peut d'abord consacrer une injustice, car, dans l'espèce, ne faudrait-il pas tout aussi bien dire maladie de Romberg que maladie de Duchenne? Nous voyons là, d'un autre côté, une grave infraction à la nomenclature nosologique méthodique, dont les besoins sont, selon nous, beaucoup trop délaissés. Quoi qu'il en soit, M. Teissier a accordé aussi, dans son travail, quelque attention au côté pratique de la question, le traitement. Il a vu le nitrate d'argent donner lieu à des effets variables: tantôt diminuer notablement le trouble de la coordination des mouvements sans soulager les douleurs; d'autres fois, calmer les souffrances sans améliorer la régularité de la marche; n'être jamais nuisible. Il a fait ressortir enfin les bons effets qui peuvent être obtenus de l'emploi de l'hydrothérapie, des toniques, des préparations d'arsenic, et surtout d'opium et de belladone. (*Congrès méd. de Lyon*, octobre 1864.)

Du rôle du périoste dans la régénération des os. Voici encore une question qui touche aux plus douces, aux plus légitimes aspirations de la chirurgie opératoire, et dont la solution marque une ère nouvelle dans ses progrès, ère que l'on peut dire de *conservation et de réparation*; cette question est aussi en grande partie lyonnaise; par l'impulsion pratique qu'il lui a imprimée, M. Ollier l'a faite sienne. Singulière destinée des choses; c'est au milieu même de ses compatriotes et de ses plus immédiats collègues que M. Ollier rencontre le plus d'ardents adversaires: nul n'est prophète dans son pays; heureusement la vérité est de tous. Tout le monde connaît aujourd'hui les travaux et les remarquables expériences de M. Ollier; directement et personnellement intéressé dans le débat, il a repris la question *ab ovo*, et après avoir montré que le périoste est formé de deux couches, l'une externe fibreuse, l'autre profonde, contenant seule les ostéoplaxes, couche presque liquide qu'il a pu isoler, transplanter et faire servir à la reproduction de quelques grains osseux, il s'est attaché à discuter les propositions fondamentales qui suivent: 1° Le périoste seul reproduit l'os; 2° le périoste et le cartilage de conjugaison sont les seuls tissus ostéogènes; le tissu conjonctif n'a jamais reproduit de l'os que d'une façon irrégulière; 3° le périoste ne peut être remplacé par aucun autre tissu; 4° tous les os se reproduisent, quelle que soit leur forme, la reproduction est plus facile dans les os longs; 5° une circonstance domine la reproduction des os: c'est l'état de santé générale du sujet, sa jeunesse, etc.; la fièvre peut arrêter le mouvement reproducteur; 6° la reproduction des os s'observe chez l'homme comme chez les animaux; les faits cliniques sont en parfait accord avec les faits expérimentaux; 7° de là découle l'opportunité des résections sous-périostées; celles-ci, sont plus faciles et plus simples que les résections par la méthode ancienne. Elles obéissent d'ailleurs aux mêmes indications.

Rien ne saurait mieux démontrer cette opportunité que le fait suivant produit par M. Aubert, de Mâcon: il s'agit d'un jeune homme de dix-sept ans, affecté d'une carie de la totalité de l'épiphyse du tibia gauche avec ostéite condensante; M. Aubert fit une incision à la peau, décolla le périoste, et, glissant ensuite une scie à chaînettes derrière celui-ci décollé, il enleva toute la portion du tibia malade et désarticula cet os à son extrémité inférieure. Aujourd'hui, quatre ans après l'opération, le malade, que les membres du Congrès ont pu examiner, possède un tibia entièrement régénéré, d'un volume à peu près sem-

blable à celui qu'il avait auparavant; à peine une légère dépression longitudinale, située en dedans de la jambe à sa partie inférieure, indique-t-elle le point où l'incision a été faite. Cet os, de nouvelle formation, se termine par une malléole régulièrement conformée. Ce jeune homme, dont la santé est d'ailleurs très-vigoureuse peut, sans se fatiguer, faire 20 kilomètres par jour et danser pendant plusieurs heures. — De tels faits n'ont pas besoin de commentaire. (*Congrès médical de Lyon*, octobre 1864.)

Des sources de contagion de la syphilis dans l'organisme et hors de l'organisme; conséquences pratiques auxquelles peut conduire l'étude de cette question. On comprend tout l'intérêt qui s'attache à un pareil énoncé, lorsqu'il est destiné à être développé par des autorités aussi compétentes que les suivantes : Rollet, Diday, Viennois. Aussi la question a-t-elle été successivement abordée par toutes ses faces. M. Rollet a plus particulièrement examiné la contagion de la syphilis à ses diverses périodes, contagion démontrée tant par l'observation clinique que par l'expérimentation. Le nombre des inoculations jusqu'ici publiées, qui prouvent cette transmission, sont de 37, en comptant pour 10 celles de l'anonyme du Palatinat; elles ont été faites par différents auteurs : avec la matière du chancre, 11 fois; avec les plaques muqueuses, 14 fois; avec le sang, 7 fois; avec la syphilis papuleuse, 3 fois; avec la syphilis congéniale, 1 fois; avec un ulcère amygdalien, 1 fois. Mais ces inoculations n'ont pas toujours été faites avec la matière syphilitique pure, et cette matière, souvent mêlée à la matière d'un autre état morbide, non syphilitique, mais contagieuse, a dû, par ce mélange, donner lieu à un produit mixte d'inoculation, dont les effets sont nécessairement divers selon les cas; les principaux sont : 1° l'inoculation de la matière blennorrhagique et du chancre; 2° l'inoculation du virus syphilitique associé à la matière contagieuse du chancre simple; 3° l'inoculation du virus syphilitique associé au virus vaccin; 4° l'inoculation du muco-pus blennorrhagique et du chancre simple, recueillis purs chez un syphilitique. M. Viennois a apporté à l'examen du troisième cas, l'inoculation de la syphilis par le vaccin, toute l'ardeur de sa compétence spéciale. Après avoir raconté en détail l'histoire d'une nouvelle épidémie de syphilis vaccinale en Italie, et montré que l'analyse des accidents observés confirmait de tous points sa doctrine et celle de M. Rollet en cette matière, notre confrère a conclu en émettant le vœu que, puisque les eaux aux jambes sont une source de vaccine et que les animaux ne prennent jamais la vérole, on établisse un haras de chevaux affectés d'eaux aux jambes, où une source de vaccin incapable d'engendrer la vérole existerait en permanence.

M. Diday, après avoir apporté trois preuves expérimentales de la non-contagiosité des sécrétions soit normales, soit pathologiques, non *spécifiques*, d'un sujet syphilitique, discute la possibilité de la transmission de la syphilis par trois voies peu étudiées jusqu'à ce jour : 1° par une lésion simple, non spécifique, d'un sujet syphilitique, agissant au moment où elle se transforme en lésion syphilitique; 2° par les parasites animaux: 3° par l'action directe du sperme sur l'ovule non fécondé. La haute importance de ces diverses questions, au point de vue de la thérapeutique prophylactique, se révèle suffisamment d'elle-même pour que nous ayons besoin d'y insister. (*Congrès méd. de Lyon*, octobre 1864.)

De quelques phénomènes psychologiques produits par le chloroforme, et de leurs conséquences médico-légales et opératoires. Depuis que le chloroforme est entré dans la pratique chirurgicale, il n'est pas de témoin de son application qui n'ait eu à observer les phénomènes psychiques plus ou moins singuliers qui accompagnent habituellement l'administration de cet agent. Qui ne sait qu'à part son action hypnotique et anesthésique, le chloroforme a, de plus, pour effet de développer, chez la plupart des sujets soumis à son influence, un délire loquace, dont les manifestations confidentielles et révélatrices font le principal caractère? Qui ne sait aussi que l'un des plus précieux résultats du sommeil chloroformique, c'est de ne laisser dans le souvenir du malade aucune trace des choses accomplies sur lui par la chirurgie opératoire ou exploratrice? Cependant, ces phénomènes remarquables n'avaient eu guère d'autre privilége que celui d'exciter une pure curiosité jusqu'au moment où

M. le professeur Sédillot est venu attirer plus particulièrement sur eux l'attention, et monter le parti que pouvaient en tirer et le chirurgien et le médecin légiste. M. Sédillot fait observer que non-seulement le chloroforme ne laisse aucun souvenir des opérations pratiquées sous son influence, mais encore (et cela est plus extraordinaire) qu'il annihile la mémoire au moment même où il est inspiré et pendant le temps qui précède en apparence la suspension des actes de l'intelligence et de la conscience. Il en résulte qu'après avoir été surpris, violentés, maintenus de force et soumis à des opérations graves et prolongées, les malades, sans autres traces de souvenir de toutes ces choses, que quelques hésitations et une certaine expression d'étonnement, ressaisissent leur intelligence et la série de ses manifestations interrompues par l'anesthésie ; on en voit même qui reprennent leurs occupations ou leurs jeux juste à l'endroit où ils les avaient laissés au moment où ils avaient été soumis à l'influence chloroformique. Parmi les faits rapportés par M. Sédillot, nous choisirons les deux suivants comme étant les plus propres à témoigner de cette propriété singulière du sommeil anesthésique : — Une jeune fille de treize ans et demi, atteinte de polypes nasaux, est excessivement craintive, nerveuse et irritable ; elle ne se déciderait jamais, au dire de ses parents, à supporter une opération. M. Sédillot promet cependant de l'opérer sans qu'elle en eût le moindre soupçon, ni le moindre souvenir. Il fixe au lendemain l'extraction des polypes et recommande de faire coucher la malade de manière à ce qu'on puisse entrer dans sa chambre et approcher de son lit à son insu : deux sœurs de la maison de santé où elle est descendue l'occuperont en lui montrant des gravures et aideront ensuite à la maintenir. Lorsque tout est préparé d'après ce programme, M. Elser entre sans bruit dans la chambre, s'avance près du lit et couvre vivement le visage de la jeune personne avec un mouchoir imbibé de chloroforme ; après quelques efforts de résistance, l'anesthésie se produit, on appelle l'éminent chirurgien, qui, pendant un quart d'heure environ, recherche et enlève une foule de polypes muqueux contenus dans toute la largeur des narines. L'hémorrhagie arrêtée et les soins immédiats réalisés, on recouche la malade dans la position qu'elle occupait, on place les gravures près d'elle et les sœurs restent autour du lit, en attendant son réveil. Après un sommeil assez long, la jeune fille revient à elle, ouvre les yeux, garde quelques minutes une certaine hésitation, puis reprend ses gravures et rentre en possession de sa conscience, sans se douter de ce qui vient de se passer. Elle s'étonne de moucher du sung et d'éprouver un peu de douleur, mais ne soupçonne pas l'opération qu'elle a subie, et n'y croirait pas, si on la lui affirmait. — Le jeune H***, âgé de six ans, se luxe la cuisse gauche, en bas et en dedans, en jouant à l'école ; sous l'influence du chloroforme, appliqué comme dans le cas qui précède, une première réduction est faite ; l'enfant, resté seul avec ses parents, se réveille peu à peu et se met à ranger les animaux de bois qu'il était occupé à faire manœuvrer au moment de ses premières inspiration anesthésiques, ne se doutant nullement d'avoir été endormi et opéré. La luxation s'étant reproduite le lendemain, elle est réduite de nouveau, après anesthésie, sans que l'enfant s'en soit aperçu ; il en a été de même pour une troisième réduction. Ce n'est pas seulement chez les enfants que M. Sédillot a constaté ces phénomènes remarquables : « Le hasard, dit-il, nous a rendu témoin d'une expérience dont les enseignements nous paraissent décisifs et complets. La personne chargée d'anesthésier nos opérés a l'habitude de porter à ses narines le mouchoir imbibé de chloroforme dont il se sert et de juger ainsi l'abondance des vapeurs qui s'en dégagent. Une dame, opérée avec l'assistance de plusieurs collègues, était anesthésiée depuis au moins vingt minutes, lorsque M. X*** tombe par terre sans connaissance. On le prend sous les épaules et on l'étend doucement sur un canapé. Peu de temps après, M. X*** se lève, reprend sa compresse, y verse du chloroforme, l'inspire et la fait inspirer à la malade en opération, puis il retombe à terre une deuxième fois. On lui donne les mêmes soins ; l'opération s'achève, et lorsqu'il revient encore, un peu vacillant, auprès du lit de la malade, son mouchoir à la main, l'opération était terminé. M. X*** reste debout, rassemble ses instruments, rentre chez lui, et lorsque plus tard, je le revois et que je lui dis ce qui était arrivé, il se met à rire, croit que je veux m'amuser à ses dépens et me soutient qu'il n'a rien éprouvé d'extraordinaire : les

autres témoins de la scène n'ont pu davantage parvenir à le convaincre. Ces faits portent en quelque sorte avec eux les avantages que la chirurgie est appelée à tirer de leur connaissance ; mais ceux que la médecine légale peut y puiser n'ont pas non plus échappé à l'éminent professeur ; faisant allusion à une cause célèbre, qui a récemment ému la science et l'humanité (l'affaire Armand), il fait ressortir les analogies qui paraissent exister entre les phénomènes psychiques dans l'anesthésie chloroformique et dans les asphyxies par pendaison, strangulation, etc. ; considérant les anesthésies comme de véritables asphyxies assez ménagées pour ne pas interrompre complétement la circulation et la vie, il a recherché si des malades chloroformés recouvriraient assez vite l'empire de leur volonté pour l'exercer au moment de leur réveil ; or, l'expérience faite sur plusieurs malades mis au courant de la question, et aussi instruits que capables, n'a jamais réussi : tous les malades, au sortir de la chloroformisation, parlaient sans se souvenir de leur promesse de silence, et avouaient plus tard s'être trouvés dans l'impossibilité, par défaut de mémoire et de volonté, d'agir autrement. Il paraît donc impossible qu'un individu asphyxié soit capable de simuler la mutité, si on l'interroge au moment où il reprend connaissance. D'ailleurs, pour de semblables expériences, si l'on avait une occasion légitime de les faire, mieux vaudrait recourir à l'éther qu'au chloroforme, le premier produisant plus facilement l'expansion joyeuse, bavarde, indiscrète, etc. (*Acad. des sciences*, sept.)

Traitement de la coqueluche par les substances volatiles provenant des matières ayant servi à l'épuration du gaz de l'éclairage. Il ne faut négliger aucune source d'observation et d'expérience, a dit le père de la médecine, et il avait raison. Sans doute, il est des sources peu pures, où il ne faut puiser qu'avec une extrême défiance, alimentées par un trafic d'autant plus infâme qu'il exploite la santé publique ; de celles-là nous n'en parlons que pour les flétrir. Mais, il en est d'autres qui, quoique nées du préjugé et entretenues par les faiblesses d'une crédulité complaisante, ne méritent pas toujours le systématique dédain dont on les couvre habituellement : il y a, par exemple, dans certains élans ou entraînements populaires comme une heureuse manifestation instinctive contre la maladie, témoin le singulier pèlerinage aux usines à gaz, que l'on voit accomplir depuis quelque temps par de véritables populations de mères avec leurs enfants atteints de coqueluche. On a pu croire un instant que c'était là uniquement un effet ridicule et comme contagieux de cette crédulité facile et inconsciente, qui se précipite si souvent vers la déception et l'erreur ; cependant des résultats réels se sont produits, qui ont frappé et saisi des esprits autorisés quoique prévenus, et force a été, au moins, d'y regarder. Grâce à M. le docteur Berthold, ancien interne des hôpitaux, et médecin de l'une des usines à gaz des environs de Paris, nous avons pu nous convaincre nous-même de la réalité de quelques-uns des effets immédiats produits par la respiration de l'atmosphère des salles d'épuration, notamment l'excitation de l'appétit, et nous avons constaté l'amélioration éprouvée par quelques-uns des nombreux petits malades soumis à cette médication. M. Berthold a, d'ailleurs, fait de ce sujet une étude très-circonstanciée et appuyée d'un nombre considérable d'observations ; son travail, qui nous était déjà connu et que nous publierons incessamment, présente dans la plupart de ses résultats une remarquable concordance avec ceux que vient de soumettre à l'Académie de médecine M. le docteur Commenge ; cette rencontre de deux observateurs livrés, à part, à une étude identique, dans des conditions semblables, est une haute garantie de vérité et constitue un précieux bénéfice pour la pratique.

Afin de mettre le lecteur à même de comparer et de juger lui-même, nous nous empressons de corriger ci-après les conclusions du mémoire de M. Commenge, en attendant que nous lui soumettions celle du travail de M. Berthold :

1° Le traitement de la coqueluche par la respiration des vapeurs qui se dégagent des matières ayant servi à l'épuration des gaz, donne les meilleurs résultats ;

2° Chez la grande majorité des malades, la guérison est le résultat ordinaire de ce traitement, même dans les cas où ont échoué les médications les plus efficaces.

3° La guérison se produit sous l'in-

fluence de ce traitement, à toutes ses périodes de la maladie;

4° Elle se produit aussi quelque soit l'âge des enfants;

5° Lorsque la guérison ne se produit pas, on observe presque toujours une grande amélioration dans les symptômes pénibles de l'affection;

6° Le nombre des séances dans la salle d'épuration nécessaire pour produire la guérison varie suivant les individus; mais, en général, il doit être de douze. — Chaque séance doit avoir deux heures de durée.

7° Il n'y a pas de danger pour les malades, quel que soit leur âge, à les soumettre aux inhalations des vapeurs se dégageant des matières ayant servi à l'épuration du gaz. Cette dernière conclusion est de nature à faire tomber les craintes prématurées de quelques personnes qui, à la vue de certains accidents intercurrents, se sont trop empressées, à coup sûr, de les mettre sur le compte du traitement lui-même? Est ce que la bronchite et la pneumonie ne sont pas les complications habituelles de la coqueluche, complications même spontanées? Et fallait-il, pour les expliquer, l'intervention d'une médication nouvelle? (*Académie de médecine*, octobre 1864.)

De l'action électrique des eaux minérales comme cause de leur activité. Telle est la thèse que M. Scoutetten a discutée dans un récent ouvrage et qu'il vient soumettre à la discussion de l'Académie de médecine.

L'auteur expose que les eaux minérales ne contiennent aucune électricité libre; les instruments les plus sensibles, l'électroscope à feuilles d'or, restent immobiles et indifférents à leur contact. Mais les nombreuses expériences qu'il a instituées lui ont démontré que les eaux minérales donnent des indices non équivoques d'électro-magnétisme. Tandis que les eaux libres, celles de rivière, de source ou de lac, sont électro-magnétisées positivement, les eaux minérales sont toujours négatives, qu'elles soient froides ou chaudes, qu'elles sourdent au niveau de la mer ou sur les plateaux les plus élevés, c'est là leur caractère commun. Il n'y a pas d'exception à cette règle.

M. Scoutetten attribue cette propriété à l'absence d'oxygène. En s'enfonçant dans les profondeurs du sol, les eaux abandonnent l'oxygène qu'elles contiennent, ou plutôt l'oxygène se combine avec les substances minérales que l'eau traverse ou qu'elles baignent quand elles reviennent à la surface de la terre : elles jouent donc le rôle de base par rapport aux corps électrisés positivement, et, en particulier, avec les autres eaux qui renferment de l'air en dissolution. Si l'on place de l'eau minérale dans un vase poreux, plongé au milieu d'eau ordinaire contenue dans un second vase concentrique au premier, on obtient une pile, et le galvanomètre, mis en contact avec les deux pôles, décèle immédiatement le passage du courant.

M. Scoutetten appelle la discussion sur cette nouvelle manière d'envisager l'action des eaux minérales, qui sont, dit-il, livrées maintenant au plus parfait empirisme. (*Ac. de méd.*, sept.)

De la contagion de la fièvre typhoïde. Nos lecteurs se rappellent sans doute un mémoire, très-bien fait, lu l'an dernier à l'Académie de médecine, par M. Henri Gintrac. M. Briquet vient de faire son rapport sur le travail du jeune professeur de Bordeaux.

Il y a, dit l'honorable académicien, pour la fièvre typhoïde, comme pour toutes les maladies qui peuvent se communiquer, une question de théorie et une question de fait.

Voyons d'abord les circonstances principales qui gouvernent les maladies contagieuses :

1° La fièvre typhoïde naît primitivement sous l'influence de conditions diverses. C'est sa première origine. Elle ne devient communicable que par la suite. Or, parmi les vingt-huit maladies contagieuses générales, vingt et une naissent de la même manière, et ne deviennent qu'ensuite des maladies contagieuses.

2° Toutes les maladies contagieuses se transmettent à l'aide d'un germe visible ou invisible. Dans la fièvre typhoïde, le germe est invisible, comme il l'est dans dix-sept des maladies contagieuses,

3° Les maladies contagieuses ont toutes une période d'incubation. Or, celles-ci existe aussi dans la fièvre typhoïde.

4° Les affections contagieuses offrent, à une certaine époque de leur cours, une manifestation qui apparaît soit à la peau, soit sur les membranes muqueuses; or, la fièvre typhoïde offre précisément une manifestation semblable.

5° La plupart des maladies con-

gieuses ne se reproduisent que par exception. La fièvre typhoïde suit encore cette règle.

La question de fait peut aussi être tranchée définitivement.

Dans les hôpitaux des grandes villes, et surtout ceux de Paris, les faits de communication de la fièvre typhoïde sont rares. Mais il n'en est pas de même dans la pratique particulière. Malheureusement, ils sont isolés; ils ont lieu dans de petites localités; ils ne se produisent que sur un nombre de personnes très limité.

Il est, d'ailleurs, encore beaucoup de personnes qui supposent que la propriété qu'a une maladie de se transmettre est absolue, et qui, de ce qu'elles ne la voient pas se manifester dans un certain nombre de cas, en concluent qu'elle n'existe pas dans cette maladie. Il suffit de remarquer que, sous le rapport de la contagion, les maladies communicables se rangent en deux classes : les unes, telles que la variole, la rougeole, qui sont presque toujours aptes à se communiquer ; les autres, telles que la dyssenterie, la coqueluche, les érysipèles, la bronchite, et nous rangerons dans cette classe la fièvre typhoïde, qui ne se communique que dans certaines conditions d'atmosphère, d'intensité de la maladie ou du défaut d'aération.

M. le rapporteur, après quelques considérations sur le typhus des bêtes bovines, rapproché du typhus et de la fièvre typhoïde de l'homme, expose les faits contenus dans le mémoire de M. Gintrac, lesquels peuvent être résumés ainsi :

Une première malade arrive déjà mal portante d'un pays et d'une maison où régnait la fièvre typhoïde. Elle rentre dans sa famille et dans son pays, où il n'y avait pas de malades, et aussitôt la fièvre typhoïde éclate dans cette maison, et y atteint plusieurs personnes. De plus, une série de parents, ou même de simples gardes-malades, vient donner des soins aux personnes attaquées, et cette série de personnes, en bonne santé, se trouve être successivement atteinte de la même fièvre. Enfin, trois personnes qui avaient contracté la maladie épidémique auprès des malades, quittent le théâtre de l'épidémie et se dispersent chacune dans des localités différentes, et dans lesquelles l'état sanitaire n'offrait rien de particulier. Aussitôt leur arrivée, on voit la fièvre typhoïde se déclarer dans chacune des familles où s'étaient retirées ces trois personnes.

Nous ajouterons que les villages indiqués ont été les seuls où la fièvre typhoïde ait régné. (*Académie de médecine*, septembre.)

VARIÉTÉS.

De l'isolement des malades varioleux dans les hôpitaux.

Il semble qu'en matière d'hygiène hospitalière, les solutions les plus tardives soient réservées aux questions les plus graves et les plus pressantes : tel est le cas de l'isolement des malades atteints d'affections contagieuses, de variole en particulier. Pourquoi ces atermoiements si préjudiciables à la santé publique ? Pourquoi cette question toujours renaissante, parce qu'elle répond à un besoin réel, impérieux, retombe-t-elle aussitôt dans une espèce de délaissement périodique, puis reparaît encore pour sommeiller de nouveau ? Ce n'est pas le lieu de rechercher les causes de ces péripéties interminables ; mais, si nous avions à nous livrer à cette enquête, il nous serait facile de montrer que des difficultés et des impossibilités de cette nature ne peuvent venir que des hommes et non des choses.

Quoi qu'il en soit, la question dont il s'agit vient d'être exhumée à nouveau d'une manière assez piquante, quoique fort naturelle : elle s'est en quelque sorte posée d'elle-même en se personnifiant ; elle s'est dressée sur un lit d'hôpital; ce sont, en un mot, les malades eux-mêmes qui ont élevé leur voix. Certes ils y étaient pleinement autorisés, et si quelque chose doit surprendre à cet égard, c'est que de tels ayants droit, des intéressés si directs, n'aient pas

plus tôt réclamé contre une situation qui réalise les plus fatales conditions de la maladie, là même où ils viennent chercher un refuge et des armes contre elle.

Partie d'une si légitime source, la requête sera-t-elle enfin écoutée de façon à aboutir à une réalisation ? Trop instruits par le passé, nous n'osons l'affirmer ; mais tout nous en donne l'espoir, et la faveur avec laquelle le Sénat a accueilli la pétition des malades de l'hôpital Saint-Louis, et la sollicitude avec laquelle s'est emparé de la question M. le directeur de l'administration de l'Assistance publique, dont on ne saurait assez louer l'empressement à en référer aux lumières les plus compétentes en ces matières, celle des médecins des hôpitaux. Le remarquable rapport de M. le docteur Vidal a pleinement répondu à cet appel : nous reproduisons ci-après la plus grande partie de ce document, en le faisant précéder du programme historique de M. Husson :

« A la fin du siècle dernier, Tenon, l'un des commissaires de l'Académie des sciences chargés de rechercher les moyens d'obvier aux effets de l'encombrement des malades à l'Hôtel-Dieu, constatait qu'à part les varioleux (hommes) traités dans une salle séparée, toutes les personnes atteintes de maladies contagieuses (fièvres malignes et de prison, dysentéries contagieuses, hydrophobes, scorbutiques, scrofuleux, cancéreux, galeux et teigneux) étaient confondues avec les simples fébricitants et même avec les blessés, et il était amené à conclure de cette situation vraiment déplorable qu'il y avait nécessité « d'ouvrir dans « les hôpitaux nouveaux des salles pour les fièvres contagieuses des hommes et « des femmes ; de séparer avec soin ces fièvres : 1° des autres maladies inter- « nes ; 2° des salles de chirurgie ; 3° de celle des femmes enceintes ; de placer « les variolés et leurs convalescents au nombre de 24 par salle ; les derniers, « c'est-à-dire les convalescents, dans des salles comme celles dont nous avons « parlé ; les premiers (les variolés) dans des séquestrations, chacune pour deux « malades. »

« Tout en insistant sur la nécessité d'isoler les maladies contagieuses, il reproduit les principaux arguments que l'on a fait valoir contre l'établissement d'un hôpital spécial ; à savoir : 1° danger de réunir un aussi grand nombre d'individus atteints de maladies contagieuses ; 2° inconvénient d'un seul établissement où les malades de certains quartiers ne pourraient se rendre à cause du grand éloignement ; 3° enfin difficulté de diriger sur un établissement spécial un individu entré dans un hôpital général pour une affection aiguë et chez lequel se développent subitement des symptômes de maladie contagieuse.

« Les vœux émis par Tenon furent réalisés en partie.

« L'arrêté du 6 frimaire an X, en créant les hôpitaux spéciaux, pose en principe la création d'un établissement pour le traitement de la petite vérole et la pratique des méthodes qui en préservent.

« Un arrêté du 4 ventôse de la même année décide qu'il y aura dans tous les hôpitaux des salles spéciales pour les maladies susceptibles de se propager par communication et pour les convalescents.

« En 1815, le Conseil général des hospices, justement alarmé des ravages que le typhus venait d'exercer parmi les malades de nos hôpitaux, par suite de l'admission, dans les salles communes, de blessés étrangers atteints de cette maladie, et craignant une épidémie variolique dont les premiers symptômes se manifestaient déjà, le Conseil prescrivit, par arrêté du 22 février 1815, que tous les malades atteints de variole seraient, ainsi qu'on l'avait fait, en dernière analyse, pour les soldats atteints de typhus, exclusivement traités à la Pitié.

« Nous ne possédons aucun document administratif sur les résultats de cette mesure, et nous serions embarrassés de dire aujourd'hui quelle influence la réunion de tous les varioleux exerça sur la mortalité générale.

« On est fondé à croire que la tentative de concentration faite en 1815 à la Pitié ne réussit pas. Dès cette même année, en effet, nous voyons des varioleux reçus indistinctement dans tous les hôpitaux de Paris, et il ressort des mouvements de population pour les hôpitaux généraux que 493 individus atteints de cette maladie y furent traités dans des salles communes. En 1821, c'est-à-dire six ans plus tard, ce service spécial, qui avait été conservé, mais seulement pour les varioleux du quartier et les malades atteints de variole dans l'hôpital même, avait complétement cessé de fonctionner.

« On ne peut donc déduire de ce premier essai aucune conséquence favorable à l'isolement des varioleux dans un hôpital spécial.

« En 1857 l'Académie de médecine ayant, dans son rapport sur les vaccinations, exprimé le vœu qu'on établit en France, ainsi que cela existait en Angleterre des hôpitaux spéciaux pour les varioleux, et demandé qu'on leur affectât, en attendant, des salles particulières et indépendantes dans chacun des établissements hospitaliers, M. le préfet de la Seine crut devoir inviter de nouveau l'administration des hôpitaux de Paris à rechercher quelle suite pourrait recevoir, dans les établissements de cette ville, le vœu exprimé par l'Académie.

« La question reparaissait donc telle que l'avaient posée Tenon et l'Académie des sciences, telle que le Conseil général avait essayé de la résoudre. L'administration jugea utile de remettre la question à l'étude et d'en appeler aux lumières et à l'expérience de ses chefs de service.

« Sur trente-huit médecins qui lui adressèrent des rapports à ce sujet, trente-cinq se montrèrent complétement opposés à la création d'un hôpital spécial où tous les varioleux seraient concentrés. Tous admettaient également la revaccination comme le moyen le plus efficace, sinon le seul, d'éviter la contagion.

« Plus divisés sur la nécessité de les concentrer dans des salles particulières, les uns demandaient qu'on établit dans chaque hôpital un pavillon séparé pour les varioleux ; les autres se contentaient de salles contenant 8 à 10 lits ; quelques-uns n'admettaient pas plus de 6 lits ; un seul demandait la séparation absolue, complète, de chaque malade dans une chambre à un seul lit.

« Cette nouvelle enquête aboutit au même résultat que l'expérience de 1815.

« En répondant à M. le préfet de la Seine au sujet des vœux émis par l'Académie de médecine, le directeur de l'administration hospitalière, écartant tout d'abord le projet d'hôpital spécial, a donc pu dire, en 1857 :

« 1° Que les cabinets ou chambres à deux lits destinés dans tous les établissements aux cas graves de variole sont plus utiles qu'une salle spécialement affectée à tous les varioleux, et qu'il n'y a, à cet égard, aucune modification à apporter à l'organisation de nos hôpitaux.

« 2° Que tel avait été l'avis de la majorité des membres du corps médical des hôpitaux, et que ce serait aller contre les vœux émis par les plus autorisés que de réunir les varioleux dans un établissement particulier ou même dans des salles spéciales.

« 3° Et enfin que la vaccination et la revaccination des malades admis dans les hôpitaux étant la seule mesure préventive qu'on pût efficacement opposer à la contagion variolique, il allait, de concert avec les médecins de l'administration, prendre les mesures les plus utiles pour arriver à ce que chaque malade *entrant dans* un hôpital pût se faire vacciner ou revacciner. »

Le directeur termine sa note par une réflexion qui en résume l'esprit et en marque la portée :

« Il semble que, dans cette question très-ardue, sinon insoluble, il faille renoncer aux mesures radicales, se prémunir contre ces vains avis qui aboutissent à l'impossible, et, pour réaliser des progrès dans un objet aussi important, se contenter de ce qui est pratique. C'est dans ces sages limites que l'on doit se renfermer, si l'on veut que l'étude des problèmes à résoudre produise enfin des résultats que l'administration puisse réaliser. »

Cependant les médecins des hôpitaux, mis en demeure d'exprimer individuellement le résultat de leur observation, jugèrent convenable de charger une Commission d'élaborer une note collective. Le rapport, confié à M. le docteur Vidal, est trop développé pour que nous puissions le reproduire en entier, et nous nous bornons, à regret, à en résumer seulement les principales données.

Tout d'abord la question est limitée, et il n'est traité que de la contagion de la variole dans les hôpitaux d'adultes :

Y a-t-il nécessité d'isoler les malades atteints d'affections varioleuses ?

En cas d'affirmative, quels sont les meilleurs moyens de réaliser cet isolement, tout en plaçant les varioleux dans les conditions les plus favorables à leur guérison ?

« Avec le système actuellement en vigueur, les hôpitaux sont des centres de propagation de la variole, dont l'action, favorisée par le mouvement incessant des malades et des visiteurs, non-seulement se manifeste dans l'établissement, mais encore s'étend dans la ville et dans la banlieue.

« Quelques médecins ont pu croire ces transmissions moins fréquentes qu'elles ne le sont en réalité ; cela s'explique par ce fait, que souvent la maladie ne se déclare qu'après la sortie de l'hôpital et après une période d'incubation de quelques jours de durée. Aussi ne sommes-nous pas étonné de voir des cas assez nombreux d'affection varioleuse se manifester, dès les premiers jours de l'arrivée des convalescents, dans les Asiles impériaux de Vincennes et du Vésinet. En prenant pour limite extrême de l'incubation le terme de dix jours, les relevés de 1861, 1862 et 1863 nous fournissent une moyenne de 65 cas se déclarant dans les conditions précitées. »

La contagion étant mise hors de doute, il ne s'agit pas de prouver l'utilité de l'isolement, mais de rechercher par quels modes il peut être mis en pratique. Les systèmes adoptés, tant en France qu'à l'étranger, peuvent se réduire à trois : 1° un hôpital spécial ; 2° un bâtiment isolé dans chaque hôpital ; 3° des salles ou des chambres séparées des autres parties de l'hôpital.

Les avantages et les côtés défectueux des hôpitaux de varioleux sont jugés par une expérience faite sur une grande échelle, mais dans un milieu plus analogue peut-être en apparence qu'en réalité à la population parisienne.

« Depuis 1746, Londres possède un hôpital spécial pour les varioleux. Établi d'abord à Battle-Bridge, dans le quartier encombré de Saint-Pancras, exproprié plus tard pour l'édification de la gare du Great-Northern railway, il a été reconstruit dans une position parfaitement salubre, sur une hauteur, au milieu des pelouses et des jardins, à Highgate-Hill, Upper-Holloway, au nord de Londres.

« Le *Small-Pox and Vaccination hospital* peut recevoir jusqu'à 100 malades, nombre insuffisant en temps d'épidémie ; aussi, pendant cinq mois de l'année 1863, de mars à juillet, on ne put recevoir tous les malades qui se présentaient.

« Le plan de cet hôpital, dit M. le docteur Bourguignon dans la note qu'il nous a adressée en réponse à notre questionnaire, pourrait servir de modèle; l'architecture en est bien proportionnée et d'un bel effet. Les divisions intérieures sont parfaitement entendues. Tout le rez-de-chaussée est destiné aux salles publiques de vaccination gratuite, aux bureaux, aux cuisines, etc. Les salles de malades occupent le premier et le second étage.

« L'hôpital contient quatre grandes salles, quatre petites et des chambres.

« 1° Les quatre salles principales, deux à chaque étage (une d'hommes et l'autre de femmes), sont propres, spacieuses, très-aérées, et ventilées avec un soin tout particulier, tant en hiver qu'en été; chacune d'elles est pourvue de foyers ouverts et compte de nombreuses fenêtres qui, même par les temps froids, restent toujours ouvertes. Elles reçoivent les malades pendant la période aiguë de l'éruption. Chacune d'elles contient quatorze lits très-espacés, et le cubage d'air par chaque malade est de 2,140 pieds cubes anglais (60 m. c., 538 d.).

« 2° Quatre autres salles plus petites, placées deux à chaque étage, chacune d'une dizaine de lits, reçoivent les malades convalescents, à la période de desquamation.

« Plusieurs chambres à un lit sont destinées aux malades qui désirent être seuls ou à ceux dont la maladie se complique d'affections accidentelles, délire, gangrène, etc.

« M. Marson, médecin distingué qui a voué son existence au Small-Pox hospital auquel il est attaché depuis vingt-huit ans, comme *resident surgeon*, affirme, d'une façon très-positive, que, dans les deux locaux qu'a occupés l'hôpital, il n'y a jamais eu transmission de la variole aux quartiers avoisinants, et, ajoute le docteur Bourguignon, « la situation du nouvel hôpital, construit « en 1850, dans un faubourg éloigné, en quelque sorte à la campagne, est si bien « choisie, qu'on peut difficilement croire à une influence endémique sur les po- « pulations voisines. »

« Tous les varioleux ne sont pas traités dans le Small-Pox hospital; le plus grand nombre des cas légers est traité à domicile. « Ainsi, dit M. Lecorché, « dans une note adressée à la Société, en 1860, sur 223 varioleux de la paroisse « de Sainte-Marylebone, il n'en est pas 10 qui aient été soignés hors de chez « eux. »

« Le règlement de tous les hôpitaux de Londres contient une clause spéciale, par laquelle aucun cas de petite vérole ne doit être admis ni gardé dans l'établissement. Il est même des hôpitaux, tel que celui de Bristol, qui ne reçoivent pas, à moins d'extrême urgence, les malades qui ne sont pas vaccinés.

« Ainsi, en principe, les malades atteints de variole dans un hôpital ordinaire devraient être transportés au Small-Pox hospital, mais plusieurs raisons font, qu'en fait, cette translation est l'exception et non la règle. Dans certaines saisons, il y aurait un véritable danger à transporter des malades en pleine éruption à une distance considérable, car certains hôpitaux sont à 10 kilomètres de l'hôpital spécial. Le nombre de varioleux traités ainsi dans les hôpitaux est cependant assez restreint, et dans la lettre de M. Lecorché nous voyons que, sur le chiffre de 34,213 malades à Guy, à Saint-Barthelemy et à Saint-Thomas, on ne compte que 18 cas de variole (1).

(1) Il existe dans presque tous les hôpitaux anglais de petites salles de 1 à 10 lits situées soit dans le sous-sol, soit dans la partie supérieure de l'édifice,

« Les conditions toutes particulières de l'admission des malades au Small-Pox hospital rendent difficile la comparaison avec ce que pourrait être un hôpital recevant indistinctement tous les varioleux indigents. Bien que, pendant l'épidémie de 1863, l'hôpital de Londres ait pu admettre 1,537 malades, il a, pendant cinq mois, été obligé d'en refuser un grand nombre et n'a reçu que les plus dangereusement atteints.

« L'isolement dans un pavillon séparé pour chaque hôpital est le mode des varioleux adopté dans presque toutes les villes d'Allemagne, du Danemark, et dans quelques hôpitaux de la Russie et de la Suisse.

« Un bâtiment totalement séparé du reste de l'hôpital, ayant ses meubles, son linge, ses bains, et même ses serviteurs particuliers, renferme de 12 à 40 lits, suivant l'importance de la ville. Cette maison de la variole (*Pockenhaus*), distribuée en salles de 4 à 6 lits, constitue en quelque sorte un petit hôpital dans le grand. Elle existe dans presque tous les hôpitaux d'Allemagne.

« Par ces moyens radicaux de séparation aussi bien que par une active propagation de la vaccine, par les revaccinations rendues obligatoires pour l'armée, pour les écoles, les employés de toutes les administrations et toutes les institutions publiques, certaines villes sont arrivées à détruire presque complétement le germe de la variole. Dans le Hanovre, où ces mesures sont appliquées dans toute leur rigueur, la maison des varioleux de l'hôpital neuf n'a pas reçu un seul malade depuis six ans, mais elle reste et restera prête à recevoir ceux qui pourraient se présenter.

« L'isolement dans des salles séparées est appliqué dans les quatre hôpitaux militaires de Paris.

« A l'hôpital du Val-de-Grâce, la salle des varioleux est de 16 lits, en communication directe avec l'escalier. Elle est contiguë à une autre qu'on fait évacuer lorsque la petite salle contient des varioleux; cette autre salle reçoit aussi des varioleux lorsque la petite salle est insuffisante. A l'hôpital du Gros-Caillou, il y a pour les varioleux deux salles de 6 lits. A l'hôpital Saint-Martin, une salle de 10 lits. A l'hôpital de Vincennes, une salle de 12 lits pour la médecine et la chirurgie.

« Tous les médecins militaires que nous avons consultés en visitant ces hôpitaux, se louent beaucoup de cette séquestration des varioleux, que la discipline militaire permet de maintenir rigoureusement. Il est expressément défendu aux malades d'entrer dans les salles de varioleux, et ceux-ci sont soumis à une surveillance attentive.

« Nous avons retrouvé le même mode d'isolement dans les asiles impériaux de convalescence de Vincennes et du Vésinet.

« En résumé, dans les hôpitaux de l'armée et de la marine, dans les asiles

---

et réservées aux cas spéciaux que l'on tient à isoler. Les salles du sous-sol sont affectées aux maladies contagieuses ou aux affections accompagnées de délire et susceptibles de troubler le repos des malades.

Si un malade, dans un de ces deux cas, ne peut être renvoyé dans un des hôpitaux spéciaux au traitement de la fièvre et de la petite vérole, on le transporte dans une de ces petites salles.

On trouve des divisions pareilles dans les hôpitaux de Middlesex, Saint-Georges, Sainte-Marie, Saint-Thomas, University College, etc. (Husson, *Etude sur les hôpitaux*, p. 119.)

impériaux de convalescence de Vincennes et du Vésinet, les varioleux sont isolés. Cette séquestration entraîne nécessairement la réunion d'une certaine quantité de varioles dans une même salle. Cette réunion justifie-t-elle les craintes qu'elle a inspirées à un de nos collègues lors de l'enquête de 1857, craintes dont l'influence a prévalu jusqu'à ce jour ?

« C'est en comparant la mortalité de nos hôpitaux d'adultes à celle des établissements dans lesquels on traite les varioleux dans des salles spéciales, qu'on peut arriver à une démonstration.

« Prenons pour terme de comparaison nos hôpitaux d'adultes.

« Dans les hôpitaux d'*adultes* réunis, déduction faite de la Maison municipale de santé, dans laquelle les maladies contagieuses sont séparées, la mortalité par l'affection varioleuse a été : en 1861, de 8,63 pour 100 ; en 1862, de 8,80 pour 100 ; en 1863, de 10,72 pour 100.

« La variole seule a fourni : en 1861, une mortalité de 21,43 pour 100; en 1862, une mortalité de 20,58 pour 100.

« Dans les hôpitaux militaires, la mortalité est près de moitié moins considérable. Le relevé des cas de variole et de varioloïde traités dans les hôpitaux militaires de Paris, incomplet pour les années 1861, 1862, complet pour 1863, donne pour la mortalité de ces trois années une proportion de 4,16 pour 100 affections varioleuses. La variole seule compte pour 7,97 pour 100. L'année 1863 donne une proportion de 5,25 pour 100 affections varioleuses. La mortalité de la variole seule est de 7,77 pour 100. La statistique des asiles de convalescence est également très-favorable à la méthode suivie dans ces établissements. En réunissant les cas d'affections varioleuses traités dans ces asiles, nous trouvons 14 décès sur 355 malades, soit une moyenne de 3,85 pour 100.

« Pendant les cinq années 1859, 1860, 1861, 1862 et 1863, la salle Jenner, de l'asile de Vincennes, a eu, pour sa part, 12 décès sur 212 malades, en moyenne 5,66 pour 100 ; — l'infirmerie des varioleuses de l'asile du Vésinet, pendant les années 1861, 1862, 1863 et le premier semestre de 1864, a reçu les 153 malades et n'a eu que 1 décès, en moyenne 1,30 pour 100.

De l'étude comparée des différentes méthodes d'isolement que nous venons de passer en revue, il résulte pour la Commission :

« 1° Qu'un hôpital spécial de la petite vérole aurait, pour une ville aussi étendue et aussi populeuse que Paris, l'inconvénient grave d'être trop éloigné des quartiers extrêmes et deviendrait peut-être insuffisant en temps d'épidémie.

« 2° Que la meilleure manière de séparer les varioleux des autres malades d'un même hôpital est de les réunir dans un bâtiment isolé, formant en quelque sorte un petit hôpital dans le grand, ayant son jardin, sa buanderie, sa cuisine, son linge, etc., pour éviter toute communication avec l'hôpital ; une sœur et des infirmiers seraient spécialement attachés à ce service.

« Ces pavillons seraient composés de chambres de 2 à 4 lits pour les malades atteints de variole, et d'autres chambres de 4 à 6 lits pour les cas de varioloïde.

« La ventilation devrait être réglée de manière à fournir par heure, à chaque malade, 120 à 130 mètres cubes d'air.

« 3° Que, dans les hôpitaux dont les dispositions actuelles ne permettraient pas la construction d'un pavillon d'isolement, il conviendrait d'adopter le système mis en usage dans les asiles de Vincennes et du Vésinet et dans les hôpitaux militaires, et de créer dans l'hôpital un quartier de varioleux, ayant son

escalier spécial, séparé, autant que possible, des autres services avec lesquels toute communication serait sévèrement interdite aux malades.

« Ce quartier des varioleux, distribué, comme les pavillons, en chambres de 2 à 4 lits pour la variole, de 4 à 6 lits pour la varioloïde, aurait son service particulier et indépendant. Si ce quartier n'avait pas de promenoir, les malades seraient consignés dans leurs salles. Dès que leur état le permettrait, ils seraient transférés dans les asiles de convalescence. »

Par arrêté ministériel, M. Natalis Guillot, professeur de pathologie interne, est nommé professeur de clinique médicale à la Charité, en remplacement de M. Piorry, qui va prendre à l'Hôtel-Dieu la chaire de M. Trousseau.

Un concours pour une place de chirurgien du Bureau central s'est ouvert jeudi, 13 octobre. Le jury se compose de : MM. Barth, Laugier, Manec, Michon et Ricord, juges titulaires ; Monneret et Nélaton, juges suppléants. Six candidats se sont présentés pour subir les épreuves ; ce sont MM. de Saint Germain, Guenot, Liégeois, Péan, Sée (Marc) et Tarnier.

Un concours s'ouvrira au Val-de-Grâce, le 3 novembre prochain, pour trois places de répétiteur à l'Ecole du service de santé militaire à Strasbourg.

Le Congrès médical de Lyon, dont nous avions annoncé l'ouverture, est terminé. Par l'importance des questions qu'elle a abordées, comme par la manière dont elle les a traitées, cette brillante réunion scientifique a pleinement répondu à nos vœux et à nos espérances ; M. Barrier, président de la Commission, qui avait ouvert ses séances par un remarquable discours, les a closes par une allocution pleine de sentiment et d'une émotion justement fière ; c'est avec raison qu'il pouvait dire : « Notre tâche a été dignement remplie. » Nous ne pouvons embrasser ici, dans tous leurs détails, les discussions qui se sont produites et dont la reproduction complète ne fera pas d'ailleurs défaut, si nous en jugeons par le très-louable soin que l'on a pris d'en assurer la publicité. Mais nous ne faillirons pas à la tâche plus modeste, mais non moins utile peut-être, qui nous incombe, de cueillir dans ces travaux et de consigner tout ce qui touche aux applications et intéresse la pratique ; c'est ce que nous avons déjà fait en grande partie plus haut (Travaux académiques), et le résumé que nous avons donné d'un certain nombre de questions aura suffi sans doute pour faire apprécier la portée de ces travaux et l'utilité de ces réunions scientifiques.

La Société médicale d'Indre-et-Loire avait mis au concours cette question : *De l'alcoolisme*. Six mémoires lui ont été adressés. Après le rapport de M. Millet, la Société a décerné des médailles d'or à MM. Chonnaux-Dubuisson (de Villers-Bocage) et A. Contesse (de Lons-le-Saulnier). Une mention honorable a été accordée à M. Debourge, de Rollat (Somme).

Le ministre de la guerre a décidé qu'un exemplaire de l'ouvrage sur *les eaux minérales*, du docteur Scoutetten, serait envoyé dans chacun des établissements thermaux de la France. De plus, d'après avis favorable émis par le Conseil de santé, des exemplaires de cet ouvrage seront répartis dans les bibliothèques des hôpitaux militaires.

Par arrêté ministériel du 10 septembre, M. le docteur Rey est nommé professeur suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchements à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble, en remplacement de M. Arthaud, décédé.

Par arrêté ministériel du 14 septembre, M. Jouet, professeur de physiologie et d'anatomie, et directeur de l'Ecole d'Angers, est autorisé à se faire suppléer dans son cours pendant l'année 1864-1865 par M. le docteur Meleux, professeur suppléant à ladite Ecole.

M. le docteur Legludie est nommé chef des travaux anatomiques à l'Ecole d'Angers, en remplacement de M. Meleux, appelé à d'autres fonctions.

M. Dezanneaux, professeur suppléant à cette Ecole, est nommé professeur adjoint de pharmacie et de toxicologie, en remplacement de M. Drouet, décédé.

M. Thomas, professeur d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de Reims, est nommé professeur de clinique interne à ladite Ecole (chaire vacante).

M. Decès, professeur de pathologie externe, est nommé professeur d'anatomie et physiologie, en remplacement de M. Thomas, appelé à d'autres fonctions.

M. Doyen, professeur suppléant, est nommé professeur adjoint de pathologie externe, en remplacement de M. Decès.

La Société centrale de médecine du département du Nord a arrêté, pour son concours annuel de l'année 1865, les questions suivantes, dont plusieurs ayant été traitées d'une manière insuffisante au concours de 1864, ont été conservées.

Question de médecine. — Du traitement rationnel de l'hémorrhagie cerébrale, fondé sur l'étude des lésions anatomiques, sur leur nature et sur leur étiologie.

Questions de chirurgie. — 1° De l'ophthalmie sympathique, tant spontanée que traumatique, et de son traitement. — Examiner jusqu'à quel point l'excision de l'œil, le premier affecté et déjà détruit, peut influer d'une manière favorable sur l'état du second. — Appuyer ses assertions, non-seulement sur ses observations propres, mais aussi sur des tableaux statistiques raisonnés dont on indiquera soigneusement les sources.

2° Des lésions traumatiques de la main et des doigts.

3° Des obstacles autres que les hernies au cours des matières dans l'intestin grêle et des moyens d'y remédier. — Ces redoutables affections sont assez rares pour que l'expérience personnelle d'un seul praticien soit nécessairement assez bornée à l'endroit des moyens chirurgicaux dirigés contre elle. La Société considérera donc comme un titre sérieux à ses récompenses une statistique exacte des résultats obtenus jusqu'à ce jour.

Question d'accouchements. — De la valeur du palper abdominal comme moyen de déterminer la position du fœtus, et surtout de rectifier les présentations vicieuses soit avant, soit pendant le travail de l'accouchement.

Tous les praticiens français et étrangers sont invités à prendre part au concours annuel. Les mémoires, lisiblement écrits en français et en latin, seront seuls admis à concourir. Les planches qui seraient jointes aux mémoires doivent être manuscrites. La Société demande aux concurrents la plus grande exactitude dans les citations, avec indication de la page et même au besoin de l'édition. Les manuscrits envoyés deviennent la propriété de la Société. Toutefois l'auteur peut en demander copie à ses frais.

Les mémoires seront envoyés suivant la forme académique, c'est-à-dire *franco*, sans indication de nom d'auteur, et portant une devise répétée sur un billet cacheté avec le nom et l'adresse de l'auteur. Ce billet ne sera ouvert que pour les mémoires couronnés. Les rapports du concours seront imprimés au *Bulletin*. — Tout auteur qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera exclu du concours. La clôture du concours annuel est fixée au 1er juin 1865 (terme de rigueur).

Prix. — Chacune de ces questions peut obtenir : 1er prix, médaille d'or; — 2e prix, médaille d'argent; — mention honorable. — Un docteur en médecine de Lille, qui désire garder l'anonyme, a ajouté une somme de 200 francs au prix de cette année sur la question d'ophthalmologie.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Etude sur l'emploi du chlorate de potasse dans la bronchite aiguë et chronique.

Par M. le docteur LABORDE, ancien interne des hôpitaux.

Nous ne sommes plus au temps des *panacées*, temps bienheureux, où l'espoir et l'illusion des médecins trouvaient à s'alimenter facilement. S'il ne faut point s'en plaindre, peut-être y a-t-il lieu, d'un autre côté, de ne pas se louer complétement des tendances de scepticisme qui entachent l'esprit médical d'aujourd'hui, tendances dont le moindre danger est de paralyser d'avance tout effort d'investigation, ou bien de frapper de stérilité les recherches de ceux, *rari nantes*...., qui croient encore aux ressources de l'art. Il est plus doux, à la vérité, et plus commode de s'endormir sur le mol oreiller de l'*expectation* :

Hæc nobis otia fecit... expectatio; non pas cette temporisation consciente qui consiste à savoir ce qu'il ne faut pas faire, quand et pourquoi il ne faut pas agir, et que nous appellerions volontiers l'art d'attendre... les indications (ce qui n'est point les éluder), mais bien cette immobilité systématique, cette contemplation béate de l'action morbide, qui met toute sa confiance dans les *généreuses* défaillances de celle-ci, et qui, en matière d'abus et d'erreurs thérapeutiques, constitue l'*expectantisme*.

Cette déclaration préalable, qui est de notre part une façon de profession de foi, pourrait, au premier abord, passer pour un hors-d'œuvre; on la comprendra, et on nous la pardonnera bientôt, si l'on considère que nous venons parler du traitement de la bronchite. Ne serions-nous pas mal venu de nous occuper d'un sujet si simple et si peu digne des sollicitudes de la thérapeutique militante, si l'on ne savait, au préalable, que, pour nous, *traiter* et *guérir*, ce n'est pas assister platoniquement, en quelque sorte, à l'évolution de la maladie, et s'éprendre pour ses manifestations d'un religieux respect et presque d'une amitié tendre ; mais que c'est au contraire veiller et combattre le mal, ne pas seulement se tenir prêt à réprimer ses écarts, mais les prévenir et les empêcher; déranger, bouleverser, s'il se peut, sa marche, afin d'en abréger la durée, et partant d'en atténuer les ravages.

Toutefois, nous avons hâte de le dire, nous n'ambitionnons pas, pour le médicament dont nous allons nous occuper, le privilége d'une action si puissante et si révolutionnaire : plus modeste en ses

prétentions, il serait heureux de légitimer le simple bénéfice d'opportunité et d'efficacité adjuvante que nous venons revendiquer pour lui dans des circonstances où son action n'avait pas été encore, à notre connaissance, interrogée.

C'est à l'intervention et aux efforts personnels de quelques-uns de nos maîtres en qui, par une heureuse compensation au facile et (pourquoi ne le dirions-nous pas) coupable quiétisme dont nous parlions tout à l'heure, la foi et le zèle ne s'éteignent pas, que le chlorate de potasse doit d'avoir été récemment tiré du long et profond oubli dans lequel il était tombé : une trop grande part revient au *Bulletin* dans l'étude et la consécration de ses précieuses applications thérapeutiques, pour que nous ayons à les rappeler en détail ; pour témoigner de leur importance, ne suffit-il pas de mentionner son action véritablement spécifique, tant au point de vue prophylactique que curatif, dans la stomatite mercurielle, action telle que le vœu de Sydenham se trouve désormais exaucé : « Si l'on pouvait, disait l'illustre médecin, se garantir par quelque moyen de la douleur et des ulcères de la bouche, le traitement de la vérole ne serait guère plus fâcheux que celui de quelques autres maladies beaucoup moins considérables. »

Les affections de la bouche constituent, en effet, le terrain véritable et, en quelque sorte, électif de l'efficacité du chlorate de potasse ; mais la sphère de son action favorable ne dépasse-t-elle pas cette limite, qui serait en définitive l'enceinte buccale ? — Sans parler des résultats futurs et imprévus auxquels peuvent donner lieu des essais plus ou moins empiriques (témoin les récentes et très-encourageantes tentatives faites sur le cancroïde), les notions fournies par l'étude des effets physiologiques du médicament permettaient de supposer un peu plus d'étendue au champ de son action thérapeutique : bien que la muqueuse faciale soit la principale voie d'élimination du chlorate de potasse, ce n'est pas la seule ; la muqueuse bronchique prend à cette élimination une part très-active, et rien n'était plus logique que de déduire de ce fait expérimental la probabilité d'une influence exercée sur cette muqueuse en état de maladie par un composé qui a la propriété de se mettre en contact immédiat et incessant avec elle. Des essais commencés il y a longtemps et poursuivis depuis dans les affections bronchiques, nous ont pleinement confirmé dans ces pressentiments puisés dans l'étude physiologique du médicament ; peut-être y aura-t-il pour la pratique quelque avantage à connaître les résultats que nous avons obtenus ; c'est ce qui nous décide à les publier.

Procédant autant que possible du simple au composé, dans notre expérimentation thérapeutique nous avons étudié successivement l'action du chlorate de potasse dans la bronchite idiopathique aiguë à ses divers degrés d'intensité et de généralisation, puis dans la bronchite chronique catarrhale; enfin dans la bronchite symptomatique. Nous laisserons aujourd'hui de côté cette dernière, et nous suivrons dans l'exposé des faits le même ordre que dans leur étude clinique.

Obs. I. Un homme de quarante-cinq ans, retiré de la Seine où il s'était jeté avec intention de suicide, fut apporté à l'hôpital de la Charité, et couché au n° 12 de la salle Saint-Jean-de-Dieu. A part les symptômes d'une mélancolie dépressive profonde, on constatait chez lui les signes d'une bronchite aiguë simple, généralisée, suite évidente de l'accident auquel il s'était volontairement exposé, savoir: toux légère, accompagnée de quelques crachats muqueux; râles sibilants et ronflants, disséminés des deux côtés de la poitrine, plus nombreux et plus perceptibles en arrière; état fébrile modéré; anorexie. — Chlorate de potasse, 5 grammes, en solution simple dans 125 grammes de gomme sucrée.

Dès le lendemain (4 février) une modification notable existe dans les phénomènes locaux, et en particulier dans la manifestation des bruits morbides; les râles, en effet, ont singulièrement diminué; l'expectoration est plus liquide, comme diluée; il y a encore un peu de fièvre. — Même prescription; une portion.

Le 6 février (troisième jour). C'est à peine si, après un effort de toux, on perçoit quelques râles sibilants; le pouls a repris sa fréquence normale; l'expectoration est insignifiante. — Deux portions.

Le 8. Il n'y a plus trace de bruits morbides dans la poitrine; tous les signes de la bronchite ont disparu. Le malade n'est retenu à l'hôpital qu'à cause de ses dispositions morales.

Le fait qui précède nous montre la maladie dans sa plus grande simplicité; il n'est pas contestable que dans de semblables conditions le repos et quelques soins purement hygiéniques suffisent pour la curabilité de l'affection; peut-on, néanmoins, refuser au chlorate de potasse une influence réelle sur la rapidité de l'amélioration, et particulièrement sur la modification presque immédiate qui s'est produite dans les manifestations morbides locales? — En tout cas, il y avait, dans ces effets, l'indice d'une action réelle exercée sur la sécrétion bronchique altérée, et quelque imparfait qu'il fût, ce premier résultat légitimait de nouveaux essais dans des cas plus tranchés.

Obs. II. Un jeune homme de dix-sept ans, exerçant la profession de charbonnier, entré le 12 janvier 1857, au numéro 7 de la salle Saint-Jean-de-Dieu (service de M. le professeur Bouillaud), présentait tous les signes d'une bronchite aiguë catarrhale, s'étendant

jusque dans les petites ramifications bronchiques, savoir : râles sibilants et ronflants dans toute l'étendue de la poitrine ; crépitation assez fine aux deux bases, plus notable du côté droit ; toux quinteuse quoique peu fréquente ; crachats amylacés abondants ; dyspnée avec sentiment d'oppression ; pouls fébrile à 100-108.

Sous l'influence du traitement suivant, qui fut prescrit tout d'abord, application de ventouses scarifiées sur la poitrine, de façon à retirer 450 grammes de sang, julep béchique, diète, etc., les principaux symptômes d'acuïté éprouvèrent un notable amendement : on vit, en particulier, la fièvre tomber et la dyspnée diminuer.

Mais, treize jours après, 25 janvier, la toux persistait encore ; les râles ronflants s'entendaient en abondance des deux côtés ; l'expectoration, peu diminuée, n'était guère modifiée dans ses caractères ; l'appétit ne revenait pas. Le chlorate de potasse fut dès lors administré à la dose de 50 grammes par jour, en solution simple dans 200 grammes de gomme sucrée : elle était donnée par nous-même au malade, en deux fois, à la visite du soir.

Dès le deuxième jour (27 janvier), l'on observe dans l'état du malade une modification remarquable : les râles ont presque complétement disparu ; la toux est moindre ; l'expectoration est nulle ; l'appétit se réveille ; le malade réclame quatre portions. Le chlorate est continué à la même dose.

Le 31 janvier. L'amélioration est croissante ; quelque attention que l'on apporte à l'examen de la poitrine, l'on n'y rencontre plus trace de bruits morbides ; l'état général est excellent.

Le 3 février. Le malade sort complétement guéri de l'hôpital.

Quelle que soit la part qui revienne au traitement institué en premier lieu, et dont il faut certainement tenir compte, il n'en est pas moins vrai que l'influence modificatrice du chlorate de potasse se révèle, de la façon la plus lumineuse, dans les effets qui accompagnent immédiatement son administration, savoir : diminution et disparition rapide des bruits morbides qui persistaient ; cessation de l'expectoration ; réveil et excitation de l'appétit ; retour des forces générales ; notez qu'aucune de ces modifications ne s'était encore montrée durant les treize jours qui ont précédé le moment de l'administration du chlorate ; ces effets sont, d'ailleurs, trop constants pour qu'ils ne doivent pas être attribués en propre à son influence, et les deux faits qui suivent vont apporter à cette vérité thérapeutique un nouvel et irrécusable témoignage :

Obs. III. Il s'agit, en premier lieu, d'un homme de trente-neuf ans, conducteur d'omnibus, entré au numéro 4 de la salle Saint-Jean-de-Dieu (service de M. le professeur Bouillaud), le 9 janvier, lequel présentait tous les signes d'une bronchite aiguë catarrhale, avec implication des petites bronches ; les phénomènes locaux et généraux étaient assez intenses pour qu'on dût leur opposer le

traitement énergique suivant : une saignée de 500 grammes, une application de ventouses scarifiées, par laquelle furent retirés 450 grammes de sang; enfin, un large vésicatoire camphré à la partie antérieure et médiane de la poitrine.

Un amendement notable se produisit rapidement sous l'influence de cette médication : l'état fébrile et les symptômes de dyspnée et d'oppression furent plus particulièrement modifiés. Cependant, le 21 janvier (douze jours après l'entrée du malade), la toux persistait encore, fréquente et quinteuse; des râles sibilants et quelques râles muqueux existaient encore dans les deux poumons; mais ce qui appelait surtout l'attention, c'était une abondance insolite de l'expectoration, laquelle constituait une véritable *bronchorrhée;* le malade remplissait jusqu'à trois fois son crachoir dans les vingt-quatre heures; ces crachats spumeux, aérés, un peu filants, avaient, d'ailleurs, tous les caractères de l'expectoration bronchique. C'est dans ces conditions que le chlorate de potasse fut prescrit, d'abord à la dose de 5 grammes en solution simple, dans 125 grammes de tisane (gomme édulcorée).

Le 22 janvier. Le malade a été pris dans la nuit de coliques, lesquelles ont été accompagnées de diarrhée (l'ingestion du chlorate de potasse donne quelquefois lieu à cet accident intestinal, d'ailleurs fort passager); mais la quantité des crachats a déjà diminué au moins de un tiers; les bruits morbides sont également fort atténués, et la toux a été moindre. — Même prescription.

Le 23. L'expectoration continue à diminuer, ainsi que la toux; il y a eu, dans la nuit, une transpiration très-abondante. La dose du chlorate est portée à 10 grammes.

Le lendemain, nous constatons, avec surprise, une recrudescence dans les symptômes : les crachats ont presque repris leur abondance première ; la toux est redevenue fréquente, la transpiration s'est suspendue ; quelques râles sibilants et muqueux réapparaissent dans la poitrine des deux côtés; il y a enfin un léger mouvement fébrile. Cette rechute est suffisamment expliquée par l'aveu suivant du malade : il est sorti hier de la salle contre la prescription, et a contracté un refroidissement. — Le chlorate de potasse est continué à la dose de 10 grammes; nous l'administrons nous-même à la visite du soir.

Un amendement rapide se manifeste les deux jours suivants; l'expectoration diminue de nouveau et finit par se suspendre; la toux cesse également; une salivation légère se produit; l'appétit est très-exigeant. Le 28 janvier, le malade demande son exeat, qui lui est accordé.

Obs. IV. D***, quarante-deux ans, homme de peine, couché au numéro 6 de la salle Saint-Jean-de-Dieu (service de M. le professeur Bouillaud), avait été pris, à la suite de refroidissement, d'une toux fréquente, de fièvre et de difficulté à respirer, avec sentiment d'oppression ; on constate chez lui les symptômes suivants : le 12 janvier, submatité dans les deux côtés de la poitrine, en arrière, plus prononcée aux bases et à droite; respiration généralement forte et rude; mélange de râles sibilants et sous-crépitants fins, dissé-

minés, plus perceptibles et plus abondants vers la base des poumons; toux fréquente, quinteuse; crachats albumineux; pouls fébrile à 80-88, développé. — Un large vésicatoire camphré est appliqué sur le thorax, à droite, en arrière; on prescrit en outre un julep avec scille, 2 grammes; kermès, 0,1 décigramme; bouillons, etc.

L'amélioration qui succède à ce traitement porte presque exclusivement sur l'état fébrile qui s'est rapidement atténué, et les principaux phénomènes fonctionnels, gêne de la respiration et oppression; mais le 18 janvier, c'est-à-dire six jours après l'entrée du malade, nous constations encore la persistance des râles sibilants mêlés à des râles sous-crépitants fins, ces derniers étant, toutefois, un peu plus rares qu'au début; la toux n'avait pas non plus sensiblement diminué de fréquence, et l'expectoration n'était pas plus modifiée dans sa nature que dans sa quantité; l'appétit continuait à être nul.— A la place du julep avec scille et kermès qui est supprimé, on prescrit chlorate et potasse, 5 grammes, en solution dans 125 grammes de tisane (gomme sucrée).

Le 19 janvier. Le malade s'est servi, par mégarde, de la solution comme d'un gargarisme; même état. — Le 19 au soir, le chlorate est pris, en une fois, sous les yeux de M. le chef de clinique Duroziez; le malade éprouve, immédiatement après, quelques coliques légères.

Le 20. Les râles ont considérablement diminué; le malade accuse un mieux très-notable. — Même prescription.

Le 21. On ne perçoit pas de bruit morbide pendant la respiration normale; quelques roncus se manifestent après un effort de toux; celle-ci est moins fréquente; l'expectoration est presque nulle. — Chlorate de potasse, 10 grammes, dans 200 grammes de tisane.

Le 23. Il n'y a plus trace de bruit morbide; la toux et l'expectoration ont complétement cessé; le malade manifeste un *violent appétit*. — 3 portions; chlorate idem.

Les jours suivants, l'amélioration va croissant; les forces se rétablissent; les exigences de l'appétit deviennent de plus en plus impérieuses; les quatre portions ne suffisent plus à les satisfaire.

Le 31 janvier. Le malade sort complétement guéri.

Dans tous ces faits, on le voit, l'action du chlorate de potasse est, ainsi que nous le disions, constante, et se manifeste toujours par des effets identiques portant spécialement sur l'expectoration, les bruits morbides et le rappel des forces par l'excitation de l'appétit. Dans l'observation III, nous devons signaler la rapidité avec laquelle la bronchorrhée persistante a cédé à l'influence du chlorate; cela ne pouvait nous surprendre, car nous avons déjà rapporté dans ce recueil plusieurs faits de sialorrhée buccale très-rapidement guérie par le même médicament; l'analogie entre ces cas ne saurait être méconnue. Enfin, dans cette même observation III, l'existence

d'une rechute est venue réaliser des conditions nouvelles pour l'essai du chlorate; il a pu être admistré *seul*, sans adjonction d'aucune autre médication; ses effets n'en ont été ni moins sûrs, ni moins prompts.

Nous avons eu d'ailleurs, depuis que les faits précédents se sont produits, dans lesquels nous manquions d'une complète initiative, nous avons eu plus d'une occasion d'expérimenter isolément, dans les mêmes conditions morbides, le chlorate de potasse : toujours les résultats ont été les mêmes; les rapporter en détail serait répéter exactement tout ce que nous avons déjà dit; qu'il nous suffise de rappeler, à titre de simple mention, l'histoire d'un malade dont nous avons déjà donné ici l'observation à un autre point de vue, quoique à propos du même agent thérapeutique. (De l'efficacité du chlorate de potasse dans l'angine glanduleuse.)

Pris d'une bronchite catarrhale très-intense, à la suite de l'immersion prolongée de ses jambes dans l'eau, à la chasse au marais, M. G*** fut soumis immédiatement à l'usage du chlorate de potasse seul (10 grammes par jour en solution, dans 150 grammes de guimauve additionnée de sirop d'écorces d'oranges amères); la toux, qui était fréquente, quinteuse et douloureuse, et l'expectoration abondante, muqueuse et un peu collante qui l'accompagnait, diminuèrent rapidement; celle-ci devint notablement plus claire et plus liquide, ce dont s'aperçut bien vite M. G***, qui est très-observateur; dès le troisième jour les râles sibilants qui inondaient la poitrine, mêlés à quelques râles sous-crépitants, avaient presque complétement disparu; l'appétit était rapidement revenu, et nous avions grand'peine à maintenir notre malade dans les limites raisonnables de la satisfaction de cet appétit; le huitième jour, il quittait la chambre et reprenait ses habitudes.

Le chlorate de potasse exerce également une influence favorable dans la bronchite chronique (non symptomatique); mais il était facile de prévoir que cette influence ne pouvait être aussi radicale que dans les circonstances que nous venons d'examiner. Les conditions de la maladie sont, en effet, bien différentes : presque toujours la bronchite catarrhale chronique s'allie à l'emphysème pulmonaire et se complique d'affections cardiaques; aussi, nous empressons-nous de le déclarer, et cela n'a rien qui doive surprendre, aussi le chlorate de potasse reste-t-il à peu près complétement impuissant contre l'état morbide primitif et établi à l'état de permanence et de chronicité. Mais il révèle son influence habituelle aussitôt que des manifestations aiguës viennent s'enter sur le substratum

morbide préexistant ; c'est ce dont témoignent les deux faits suivants :

Obs. V. A son entrée à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 24, le nommé X..., âgé de cinquante-six ans, conducteur au Père-Lachaise, depuis longtemps affecté d'emphysème pulmonaire avec catarrhe chronique, offrait les signes suivants d'une manifestation aiguë de cette maladie : orthopnée, expression anxieuse de la face, coloration légèrement violacée des lèvres ; violents accès de toux, suivis d'une expectoration abondante amylacée ; ampliation anomale du thorax à sa région antérieure; sonorité exagérée en avant vers les limites latérales du sternum ; gros roncus disséminés, simulant les sons les plus graves d'une corde de basse, mêlés surtout du côté gauche, en arrière, à des râles sous-crépitants fins; vibration intense des parois thoraciques sous la main comme sous l'oreille ; fièvre très-modérée ; légère hypertrophie du cœur.

Traitement. — Large vésicatoire camphré à gauche en arrière ; chlorate de potasse, 5 grammes, en solution simple, dans 125 grammes de julep gommeux ; diète.

Après trois jours (26 janvier), la toux est plus calme, la dypsnée moins intense ; les bruits morbides atténués persistent encore en majeure partie. — Le chlorate est continué.

Du 2 au 5 février, à la suite d'une imprudence commise par le malade, il se manifeste une subite recrudescence des symptômes. — Même prescription.

Le 7. Nouvel amendement ; de plus, nous notons une sédation remarquable du pouls. Celui-ci, qui était au début à 70 pulsations, est tombé aujourd'hui à moins de 55 ; les bruits morbides tendent à disparaître. — Chlorate de potasse, 10 grammes dans 200 grammes de gomme édulcorée.

Le 12. L'amélioration est telle, que le malade demande à sortir ; il est levé, et marche sous nos yeux sans éprouver trop de gêne respiratoire, sans être guéri, puisqu'il conserve un substratum morbide chronique ; il est en état de reprendre ses occupations habituelles.

Obs. VI. N*** (Henri), âgé de trente-huit ans, imprimeur-lithographe, affecté de bronchite catarrhale chronique, entrait le 28 avril 1857 à la salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 21, pour des manifestations aiguës de cette affection ancienne. Il était en proie à une dyspnée intense, avec étouffements passagers, à une toux quinteuse et fréquente ; à la suite de celle-ci, il rendait en abondance des crachats albumineux, recouverts comme d'écume à leur surface : à un état fébrile marqué (pouls à 108-110) s'alliait une vive céphalalgie frontale. La résonnance thoracique était manifestement atténuée dans toute l'étendue de la poitrine en arrière, surtout du côté gauche ; partout on entendait, à l'auscultation, des râles nombreux d'une sibilance remarquablement forte et aiguë : il n'y avait point de signes d'emphysème. — Un large vésicatoire camphré fut immédiatement appliqué sur la paroi thoracique gauche postérieure ; l'on prescrivit, en outre, un julep gommeux diacodé et la diète.

Le 9 mai, c'est-à-dire douze jours après l'entrée du malade, il était facile de constater une notable amélioration dans l'état général et dans les phénomènes fonctionnels : la fièvre avait perdu de son intensité première ; la dyspnée et l'oppression étaient sensiblement atténuées. Mais la toux conservait, à peu de chose près, sa fréquence et ses caractères, l'expectoration son abondance ; les râles sibilants, ronflants, persistaient avec la même force et la même prédominance du côté gauche. — Le vésicatoire était sec ; on prescrivit alors : chlorate de potasse, 5 grammes, dans un julep gommeux.

Ce n'est que deux jours après (12 mai) qu'une modification réelle, mais très-remarquable, se montra dans les symptômes que nous venons de voir persister. L'on est surtout frappé de la disparition presque complète des râles, si nombreux et si intenses, qui ont été précédemment signalés, et qui avaient paru se montrer rebelles à la médication première. La toux et l'expectoration ont aussi singulièrement diminué ; la respiration s'accomplit sans gêne, et, pour nous manifester l'amélioration et le soulagement qu'il éprouve, le malade se précipite malgré nous de son lit, et se met à courir dans la salle, sans peine et sans essoufflement.—La dose du chlorate est portée à 10 grammes.

L'amélioration persiste et progresse les jours suivants : l'appétit devient très-exigeant.

Le malade sort de l'hôpital le 1er juin, ne conservant plus rien de l'exacerbation accidentelle de sa maladie.

Il serait superflu, pensons-nous, d'insister sur une analyse plus détaillée des faits qui précèdent ; nous résumerons, dans les propositions suivantes, les résultats essentiels qu'ils nous paraissent mettre en évidence :

Le chlorate de potasse exerce une action modificatrice incontestable sur la muqueuse bronchique enflammée ;

La bronchite idiopathique aiguë simple catarrhale, et même la bronchite capillaire ; la bronchite chronique catarrhale (dans ses exacerbations), sont accessibles à l'influence de cet agent.

Cette action se manifeste par les effets constants qui suivent : Modification rapide de l'expectoration, qui devient d'abord plus liquide, plus diluée, puis perd de son abondance, et enfin se supprime bientôt complétement ; diminution presque immédiate des bruits morbides, amendement de la toux, excitation particulière de l'appétit.

Il n'est pas douteux que cet effet apéritif, qui est constant, contribue puissamment à la rapidité du rétablissement, par la reconstitution des forces. A cet égard, l'efficacité adjuvante du chlorate de potasse se recommande non-seulement dans la maladie dont il s'a-

git ici, mais dans toutes celles où il est besoin et quelquefois urgent de réveiller et de stimuler les fonctions de l'estomac.

Il n'est pas indifférent de donner ce médicament à une certaine dose : celle de 10 grammes en vingt-quatre heures nous paraît constituer une moyenne suffisante chez les adultes ; enfin, en raison de son peu de solubilité, le chlorate doit être administré dans une assez grande quantité de véhicule ; nous ne saurions trop recommander d'en bien surveiller l'administration chez les malades de l'hôpital.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du traitement des plaies chirurgicales et traumatiques par les pansements à l'alcool [1].

Par M. Chédevergne, interne à l'hôpital des Cliniques.

Désinfection. — Nous parlions, il n'y a qu'un instant, de la disparition immédiate de l'odeur du pus infect, par l'addition de l'alcool. C'est un fait connu depuis longtemps, chaque jour nous conservons des pièces anatomiques dans l'esprit-de-vin, et nous empêchons la putréfaction par ce moyen. Il est donc tout simple de l'appliquer aux plaies fétides.

L'eau-de-vie camphrée est sans contredit le meilleur des désinfectants qui puisse être utilisé pour le traitement des solutions de continuité et des ulcères de toute nature. Il ne suffit pas, pour le prouver d'une façon évidente, de citer nos observations, qui signalent toutes l'absence presque complète de l'odeur *sui generis* des plaies, ou plutôt du pus en masse. J'ai été plus loin et j'ai pansé *certaines plaies fétides, ou plutôt certains foyers d'infection alternativement* et comparativement par tous les désinfectants vantés dans ces derniers temps et par l'alcool. La supériorité au point de vue de la désinfection est restée largement à l'alcool ; je ne parle pas de ses autres avantages, tels que la stimulation de l'état général, le soutien des forces, etc.

Je ne puis mieux faire que de rapporter un exemple que j'ai eu dernièrement sous les yeux.

Obs. XII. Il était entré dans le service de M. le professeur Nélaton un homme de cinquante-huit ans (Latré, n° 17), atteint de nécrose du tibia. Il portait vers la partie supérieure de la jambe droite une

---

[1] Suite et fin, voir la dernière livraison, p. 302.

vaste cavité béante. A ce niveau, le tégument altéré avait disparu, et le tibia était complétement découvert dans une assez grande étendue; on y remarquait une solution de continuité, qui laissait une distance de 2 ou 3 centimètres entre les deux extrémités osseuses, c'était une arrière-cavité où le pus stagnait constamment. Les deux bouts des os étaient noirs et donnaient un son sec à la percussion avec le stylet; ils étaient mortifiés sur une longueur de 4 pouces en bas et de 5 pouces en haut, c'est-à-dire jusqu'à l'articulation du genou dans ce sens; tout le bout supérieur n'était donc qu'un séquestre. L'espace qui manquait entre les deux fragments osseux était le résultat de l'élimination d'une portion nécrosée. Le fémur était également malade dans la moitié de sa hauteur; il avait acquis un volume considérable; autour de lui les tissus étaient fortement engorgés et durs, mais il n'y avait pas de plaie à son niveau. L'articulation du genou, envahie par les fongosités, était en pleine suppuration, elle était ouverte sur sa partie interne; on voyait là un orifice de moins de 1 centimètre carré de largeur, par lequel on apercevait même un phénomène assez curieux : on y observait en effet des battements très-forts qui poussaient au dehors, d'instant en instant, une gouttelette de pus. L'origine de cette affection remontait à dix ans, elle avait progressivement marché, et elle était arrivée au degré que nous venons de décrire; le malade s'était décidé à entrer à l'hôpital pour réclamer l'amputation de son membre. Son état général était déplorable, et franchement il y aurait eu témérité à pratiquer immédiatement l'opération. On y sursit pendant quelques jours, et on administra au malade des toniques de diverses manières. La suppuration de la partie malade, avons-nous dit, était énorme, et celle-ci répandait une odeur repoussante, je dirai plus, infectante et capable de produire l'intoxication, car elle a donné la diarrhée à l'externe chargé du pansement [1]. On appliqua tout d'abord de la charpie imbibée d'alcool dans la cavité béante; au bout de quelques jours, la suppuration était beaucoup moins abondante, quoique encore notable, et l'odeur plus supportable; la santé paraissait sensiblement meilleure; malheureusement, la charpie et l'alcool ne pouvaient pénétrer dans l'étroit pertuis qui conduisait dans la jointure, d'où jaillissait constamment un pus non modifié et sécrété avec la même libéralité que par le passé. D'un autre côté, il faut bien le dire, la suppuration des parties pansées par l'alcool et leur odeur n'étaient que diminuées, et l'une n'était pas plus tarie que l'autre n'avait disparu. Le malade n'était pansé qu'une fois par jour, et deux fois n'auraient point été de trop. On proposa donc, malgré le résultat obtenu, évident et palpable, un moyen qu'on croyait meilleur dans l'espèce, parce que les agents qui le constituent portent le titre de désinfectants, on proposa le coaltar, le permanganate de potasse, la charpie carbonifère. Peut-être l'alcool phénique eût-il été préférable, mais on ne l'employa pas; les trois autres, au con-

---

[1] Les faits de ce genre sont connus. Bérard en rapporte plusieurs analogues dans son article *Pus* du Dictionnaire en 30 vol.

traire, furent tour à tour mis en usage dans l'espace de huit jours. Leurs effets furent manifestement identiques, c'est-à-dire négatifs. La suppuration redevint énorme et l'odeur insupportable ; en plus, l'état général, qui s'était relevé d'une façon évidente, se détériora de nouveau ; une diarrhée colliquative s'établit, et, malgré la prescription nouvelle de l'alcool, qui modifia derechef avantageusement la plaie, la mort arriva avant qu'il fût possible de supprimer le foyer d'infection. Elle se produisit cinq jours après la reprise du pansement alcoolique. Du reste, il n'est point à regretter que l'opération n'ait point été faite, le fémur était, comme le tibia, frappé de nécrose dans une grande étendue, et le canal médullaire était malade dans toute sa longueur à peu près ; la désarticulation de la cuisse était la seule ressource à tenter pour qui aurait voulu enlever la totalité du mal, ce qui est une condition indispensable de succès en chirurgie ; eh bien, qui aurait osé la pratiquer ici ?

A la suite de ce fait, je pourrais en citer d'autres qui prouvent clairement que l'alcool est le meilleur des désinfectants ; mais à quoi bon multiplier les preuves à l'appui d'une vérité qui ne me paraît guère contestée, et que tout le monde admettra sans peine. J'ai cru pourtant devoir rapporter dans tous ses détails l'observation qui précède, parce qu'elle contient *une étude comparative de l'efficacité des agents* dits *désinfectants et de l'alcool*. Personne, je crois, ne refusera maintenant de reconnaître la supériorité de ce dernier, si ce n'est peut-être les inventeurs des autres. La conclusion était facile à prévoir *à priori*, puisque nous avions démontré que, sous l'influence de l'eau-de-vie camphrée, la suppuration des plaies diminue au point de devenir insensible, et que leur aspect extérieur se modifie profondément et est toujours rosé et vermeil. D'où viendrait alors la fétidité ?

J'en aurais fini avec cette propriété de l'alcool, si je n'avais un mot à dire encore à propos d'un accident formidable qui trop souvent met en deuil la famille médicale : je veux parler *des piqûres anatomiques*. Ce que j'ai à énoncer ici n'est malheureusement que théorique, car je n'ai pas une expérience très-étendue sur ce point. On comprend en effet qu'il ne suffit pas d'avoir traité avec succès par l'alcool quelques plaies faites par un instrument de dissection, pour venir affirmer l'efficacité de ce moyen : tant de plaies de cette espèce guérissent seules ou par un simple lavage. Pour être rigoureux, il faudrait au moins avoir réussi, après les premiers symptômes indiquant une affection qui se généralise, ou avoir à sa disposition un nombre immense de faits établissant que les complications graves ont invariablement avorté en pareilles circonstances. Or il n'en est point ainsi. Cependant, si nous nous en

rapportons à l'analogie, nous ne craindrons pas, jusqu'à preuve de son inefficacité, de recommander l'eau-de-vie camphrée contre la maladie terrible qui est le fléau de notre profession. Tout ce que nous avons dit précédemment dépose en faveur de cette analogie, tout ce qui va suivre militera davantage encore dans ce sens.

C'est ici le lieu de placer la statistique des résultats obtenus à la Clinique par les pansements à l'alcool, pendant les huit premiers mois de l'année 1864.

Plaies traumatiques, 9.

Plaies de tête, 6; de 5 à 10 centimètres de longueur.

Trois réunions par première intention.

Trois réunions secondaires.

Plaies articulaires, 3. Trois guérisons. L'une des plaies était située sur le bras et l'avant-bras, communiquant avec l'articulation du coude, elle avait 30 centimètres de long sur 15 de large. Les autres pénétraient dans le genou.

Plaies, suite d'opérations, 39. — De l'ablation de deux énormes tumeurs fibreuses du maxillaire inférieur, grosses comme une tête du fœtus chacune. — Réunion par première intention de la plus grande partie de la plaie.

— de l'ablation de trois cancroïdes de la lèvre inférieure. — Trois réunions par première intention.

— d'amputation partielle ou totale du sein, 10 : pour deux tumeurs adénoïdes, de la grosseur d'un œuf; pour deux kystes volumineux, et pour six cancers de la mamelle. Après l'ablation de ces huit dernières tumeurs, la plaie avait de 12 à 17 centimètres dans son diamètre transversal.

Deux morts d'un côté par cancer du foie (la plaie extérieure étant presque guérie) et de l'autre par infection purulente.

Huit guérisons. — Sept rapides, une après l'érysipèle.

— de deux amputations de jambe ; une guérison, une mort par suite de tuberculisation.

— de deux désarticulations de doigts. Deux guérisons.

— de l'ablation de cinq lipomes. *Deux* du bras, pesant, l'un cinq livres, l'autre huit livres, du volume d'une tête d'enfant à celui d'une tête d'adulte. (Plaie de 19 à 20 centimètres de longueur, beaucoup de veines.) — Réunion par première intention dans un cas. — Dans l'autre, en partie réunion immédiate, en partie réunion secondaire. *Un* de la paroi abdominale du poids de six livres (tumeur fibro-graisseuse). Plaie de 16 centimètres. Réunion par seconde intention. *Un* du dos, plaie de 13 centimètres. — Réu-

nion immédiate. *Un* des lombes, lipome érectile. — Deux incisions cruciales de 10 à 12 centimètres chacune. — Réunion par seconde intention.

— de l'extirpation d'une tumeur de la fesse. Guérison après érysipèle.

— de l'extirpation d'un cancroïde du bras; plaie de 12 centimètres de diamètre. — Réunion cicatricielle.

— de l'ablation d'un kyste du jarret. Guérison.

— de l'extirpation de deux tumeurs ganglionnaires : l'une du cou, grosse comme un œuf; guérison après érysipèle; l'autre de l'aine, du volume du poing; guérison rapide.

— d'autoplastie; de la paupière supérieure, 2; du cou, pour une fistule de la trachée, 1. — Trois guérisons.

— de trépanation du tibia pour un abcès chronique du canal médullaire. — Guérison.

— de l'extraction de deux séquestres. — Deux guérisons.

— d'une amputation de verge. — Une guérison.

— de trois fistules à l'anus. — Trois guérisons.

— d'une fistule osseuse du jarret. — Guérison.

Ainsi, sur 48 plaies considérables pansées à l'alcool, la plupart, suite d'opérations, 45 ont guéri; 42 rapidement, 3 après érysipèles bénins; 3 se sont terminées par la mort; suite de cancer généralisé, de tuberculisation, d'infection purulente (1).

Je n'ai pas la prétention, par ces quelques lignes, de faire saisir au lecteur tous les avantages de l'alcool employé comme topique. Ce tableau ne les traduit que d'une façon très-pâle, mais je ne puis faire plus, car des détails plus nombreux ne seraient pas consultés. Il faut avoir suivi les malades pour s'en rendre un compte exact. Cependant, ce fait brut de 36 guérisons après 39 opérations (je laisse de côté les plaies traumatiques), dont 35 au moins

---

(1) M. de Gaulejac vient de faire sa thèse sur ce sujet. Voici sa statistique :

Plaies accidentelles, contuses ou non	8	8	guérisons.
— suite d'amputations (2 doigts, 2 gros orteils, 1 jambe, 2 pieds, partiellement)	7	7	—
— d'ablation de tumeurs du sein	12	12	—
— de fistule à l'anus	6	6	—
— d'ablation de tumeurs diverses	15	15	—
— d'extraction de séquestres	2	2	—
— — de balle	1	1	—
— d'autoplastie du nez	2	2	—
— d'amputation de la verge	1	1	mort.

Sur 54 malades, 53 guérisons.

très-importantes, ne sera pas sans frapper les hommes attentifs qui ne sont point habitués à de pareils résultats. Ils remarqueront aussi qu'un seul malade est mort d'infection purulente, et que l'érysipèle n'est venu retarder la marche de la cicatrisation que chez trois opérés, sans produire d'ailleurs aucun accident fâcheux.

Quant à certaines complications plus rares des plaies, nous n'en avons point observé; nous n'attribuerons pourtant pas leur défaut à l'usage de l'eau-de-vie camphrée, car une pareille conclusion serait au moins prématurée. Les spasmes traumatiques, le délire nerveux, le tétanos, etc., sont, en effet, assez peu communs dans les hôpitaux de Paris, pour qu'il ne soit pas nécessaire de faire intervenir l'alcool, afin d'expliquer leur absence pendant huit mois dans un service hospitalier. Il n'en est pas de même pour *la pourriture d'hôpital, la phlébite et l'angioleucite*. Je crois réellement à l'influence avantageuse de l'alcool contre eux, comme contre l'érysipèle et l'infection purulente. Des renseignements qui m'ont été fournis par mon collègue et ami de Gauléjac, il résulte que, l'année dernière, à l'hôpital des Cliniques, il n'a vu que deux malades affectés d'érysipèle, et qu'un seul mort d'infection purulente parmi ceux qui ont été traités par l'eau-de-vie camphrée. Voilà donc environ dix-huit mois que dure la *série heureuse;* elle est déjà, on en conviendra, un peu longue. J'espère qu'elle continuera et qu'elle ne s'arrêtera pas là. Il me semble, en effet, avoir remarqué par l'étude journalière des opérés, plusieurs circonstances et plusieurs phénomènes qui doivent donner toute confiance et qui m'expliquent, en tous cas, d'une manière suffisante, la rareté des accidents en question.

Revenons donc sur quelques points, et passons en revue les observations des malades qui eurent à subir des complications.

La plupart des complications, nous le savons, sont dans une certaine mesure sous la dépendance de l'état local de la plaie; ceci est absolument vrai pour les lésions des bourgeons charnus et pour la pourriture d'hôpital; on l'admettra encore pour l'angioleucite et la phlébite; pour l'infection purulente, on fera des difficultés; mais pour l'érysipèle, on niera complétement une pareille assertion; elle n'est pourtant pas, nous le démontrerons, absolument erronée.

Ceux qui connaissent l'action de l'eau-de-vie camphrée sur les plaies savent qu'il n'y a rien que de très-naturel et de très-simple dans ce fait : à savoir qu'on ne rencontre pas de lésions des bourgeons charnus ni de pourriture d'hôpital sur les solutions de continuité pansées par son moyen. En effet, elle excite constamment

les surfaces dénudées, tout en réprimant les déviations de vitalité; elle affermit les tissus, elle leur conserve toujours un aspect rose et vermeil. La plaie n'est jamais pâle, sèche ou brûnâtre, les granulations, jamais exubérantes, ne dégénèrent pas, ne s'ulcèrent pas, et ne deviennent pas douloureuses et irritables; on ne les voit pas se ramollir, saigner avec facilité, ou s'infiltrer de sang. L'action astringente locale de l'alcool s'y oppose, et aussi quelque peu son action générale. C'est vraisemblablement pour les mêmes motifs que nous n'avons pas vu d'*angioleucites*, *ni de phlébites*.

De l'érysipèle. — Jusqu'au mois de juin 1864, nous aurions pu presque appliquer ces réflexions à l'*érysipèle,* tout en tenant compte, bien entendu, de son caractère habituellement épidémique, lorsque trois érysipèles se montrèrent ici coup sur coup. Avouons tout de suite que cette sorte de contre-temps ne nous contrarie guère, car il montre que l'épidémie ne nous a point oubliés, mais que nous avons su la prévenir presque toujours, et quelquefois la combattre. La marche particulière qu'ont suivie ces inflammations spéciales vient fort à propos appuyer notre manière de voir, et lui fournit l'appoint qui lui manquait pour entraîner la conviction.

Pendant les cinq premiers mois de cette année, aucun accident, même léger, ne s'était donc montré à l'hôpital des Cliniques, à la suite des opérations chirurgicales, aucun phénomène irrégulier n'était venu entraver la marche simple des plaies, ni leur cicatrisation rapide, tandis que dans les autres hôpitaux de nombreuses complications épidémiques arrêtaient l'activité des chirurgiens, lorsque trois érysipèles vinrent jeter les doutes sur la cause des succès, et ébranlèrent un moment la foi des plus croyants. Heureusement cette panique ne fut pas de longue durée. La manière dont les accidents se manifestèrent est très-singulière. Lorsqu'un érysipèle se déclare, la plaie se sèche, pâlit, ses lèvres se boursouflent, deviennent œdémateuses et sont primitivement et tout d'abord envahies, la cutite s'étend plus tard. Quel ne fut pas notre étonnement de voir les choses se comporter d'une façon tout à fait différente chez nos malades.

Obs. XIII. Un de ceux qui en furent atteints était un jeune garçon de seize ans (Micollier). Il venait d'être opéré d'un énorme ganglion hypertrophié situé dans la région parotidienne; chez lui, tous les symptômes généraux de l'érysipèle existaient, atténués il est vrai; il avait eu du frisson, il avait de la fièvre, de l'embarras gastrique. *La plaie était belle :* nous cherchions en vain la cause de ces phénomènes bizarres en apparence; le cou devint douloureux, et le troisième jour nous découvrîmes dans cette région et sur les

épaules un érysipèle vainement recherché jusqu'à ce moment. Il parcourut le cuir chevelu et les paupières, *mais il respecta toujours les bords de la plaie elle-même et les parties baignées par l'alcool.* En somme, il fut bénin.

OBS. XIV. Dans le deuxième cas, il s'agit d'une femme de soixante-deux ans (Cazin), opérée d'un cancer du sein, le 23 mai. Les mêmes phénomènes généraux que chez le premier malade se montrèrent ; au bout de deux jours, l'érysipèle apparut avec ses caractères habituels sur le tronc, puis sur le bras voisin de la mamelle enlevée, en ménageant toujours l'espace en contact avec l'eau-de-vie camphrée. Là, comme dans l'observation précédente et dans la suivante, la manifestation épidémique semble planer sur l'individu tout entier, s'en emparer jusqu'à un certain point, *mais faire de vains efforts pour envahir le lieu d'élection*, et, ne pouvant l'atteindre, se porter partout ailleurs. Elle chemina sur la plus grande partie du tronc. Elle fut sans malignité.

Pour le troisième, la marche suivie n'est pas moins curieuse.

OBS. XV. Il est question d'une femme de quarante-neuf ans (Demaison), à laquelle on avait extirpé une tumeur de la fesse. Depuis dix jours (le 24 mai), on la pansait à l'alcool, mais on avait cherché à rapprocher les lèvres de la plaie avec des bandelettes de diachylon. Tout allait bien, lorsque l'appétit diminua ; survint un léger mouvement fébrile ; une teinte rouge avec œdème apparut dans le dos et disparut au bout de trois jours. L'état général était bon, quand un un septenaire plus tard, il se montra, chez cette même malade, un érysipèle de la face, sans continuité avec le premier ; il fut léger.

Il est intéressant, comme il résulte de ce qui précède, de suivre la lutte qui s'établit entre la maladie et le traitement préventif qu'on lui oppose, et de voir la manifestation morbide, en dernier lieu, vaincue par le médicament. Ces trois faits me paraissent avoir une grande portée, parce qu'ils démontrent clairement les effets énergiques de l'agent dont la puissance n'est pas toujours assez grande pour arrêter brusquement dans sa marche envahissante l'affection épidémique ; mais toujours assez efficace pour la combattre avantageusement aussi bien par son action générale que par son action locale. Il faut tenir compte, dans les succès et les insuccès, de la manière plus ou moins soignée, plus ou moins rigoureuse, dont sont faits les pansements. Il est évident, par exemple, que les accidents surviendront plus facilement avec des plaies dont les bords sont réunis par du diachylon, qui sont en grande partie couvertes par des substances étrangères, et dont la surface vive par conséquent est à peine touchée par l'alcool, par le liquide qui peut les en sauvegarder, qu'avec celles qu'il baignera largement. La fréquence des pansements doit être aussi prise en considération. Nous n'avons presque toujours fait qu'un pansement par jour ; mais lorsque la

température est élevée, l'évaporation considérable, la charpie sèche vite, et, au bout de quelques heures, l'effet du pansement est nul. Il est préférable alors de le renouveler deux fois dans les vingt-quatre heures. Dans un certain nombre de cas, nous avons eu beaucoup à nous louer de cette pratique.

De l'infection purulente. — L'infection purulente est toujours le fléau des opérations et la terreur des chirurgiens dans les services nosocomiaux de Paris, où beaucoup de causes prédisposantes à son développement se trouvent réunies, l'encombrement, la viciation de l'air et les conditions de la facile propagation de l'épidémie, sans compter toutes celles qui sont capables de diminuer la résistance de l'économie, comme une alimentation quelquefois peu appropriée, la tristesse, les chagrins, l'isolement, et l'absence des consolations et des encouragements des amis et de la famille. Il en est de même de la débilité naturelle de la constitution, si commune chez les individus qui se présentent à l'hôpital, après avoir longtemps lutté contre leur mal, et qui ne se décident qu'à la dernière extrémité à réclamer une opération. Celui qui pourrait, malgré ces mauvaises conditions, et en attendant qu'elles soient améliorées, trouver un moyen assez énergique pour combattre avec avantage cet accident terrible ou le prévenir, rendrait, sans aucun doute, un immense service à la chirurgie. Ce moyen me semble aujourd'hui entre les mains des praticiens, et ceux qui ont remis en honneur les préparations alcooliques pour le pansement des plaies ont réalisé, en partie, ce désidératum. Ils sont certainement dans une voie féconde en heureux résultats. En effet, l'expérience s'est déjà prononcée, puisqu'il n'y a eu cette année, à la Clinique, qu'un seul cas d'infection purulente parmi les opérés pansés à l'alcool.

Obs. XVI. Elle se produisit à la suite de l'ablation d'un cancer du sein. La réunion immédiate avait été tentée, et il s'était fait, sous les bandelettes trop nombreuses qui avaient été appliquées, un amas de pus et de sanie qu'on ne chassa pas assez tôt et qui facilita, comme cela est si fréquent, la résorption. Les pansements avaient donc été exécutés d'une façon défectueuse, de sorte que ce cas isolé prouve peu contre leur valeur.

Pour ne négliger aucune des données de la question, et pour réfuter cette singulière objection si facile à faire, que les nombreux succès obtenus dans cet hôpital sont le fait *d'un hasard heureux*, j'ajouterai que nous avons eu à déplorer deux morts par pyohémie chez deux sujets qui ne furent pas traités par l'eau-de-vie camphrée. Ils ne purent l'être, à cause du siége de l'affection et de sa nature.

Chez l'un d'eux même, entré depuis quelques jours seulement à l'hôpital, il n'y avait pas lieu à appliquer de pansement ; il était atteint de polype naso-pharyngien, et il n'avait subi aucune sorte d'opération. Il avait eu une hémorrhagie qui avait nécessité naturellement une légère excoriation, mais il n'est pas certain que la diathèse purulente n'existait pas avant sa production. L'autre était affecté d'anus contre nature. La résorption se montra à la suite de l'application de la pince entérotome de Dupuytren. Il me semble donc, sauf illusion de ma part, qu'on est fondé à admettre que *les pansements alcooliques diminuent singulièrement le nombre des infections purulentes*. Mais s'il en est ainsi, nous ne présentons l'eau-de-vie camphrée que comme agent préventif ; car tous nos malades ont été traités par l'alcool, immédiatement après l'opération et jusqu'à cicatrisation complète de leur solution de continuité. Il est vrai pourtant que, chez un individu entré ici pour une plaie de tête datant de plusieurs jours, avec une suppuration très-abondante et un décollement énorme du cuir chevelu, on observait quelques symptômes d'infection purulente : frissons, abattement, douleurs des membres, teinte ictérique de la face, lorsqu'on commença les injections et les pansements à l'eau-de-vie ; mais rien, je crois, ne nous autorise à dire qu'il était effectivement sous le coup d'une pyohémie. Il faut donc attendre pour fixer ce dernier point. A quoi bon d'ailleurs cette recherche probablement infructueuse, et au moins inutile, puisque nous avons en notre possession un moyen simple, efficace, que chacun peut se procurer en tout lieu, ou plutôt que l'on a toujours sous la main, et qu'il est facile d'employer à propos [1].

---

[1] M. le docteur Batailhé, dans une nouvelle communication à l'Académie des sciences, vient d'affirmer l'impossibilité de l'infection purulente à la suite des plaies pansées à l'alcool. Dans une intention certainement excellente, mais avec un zèle un peu trop enthousiaste, il a publié des résultats merveilleux puisés à la Clinique, malheureusement ils sont entachés d'une petite erreur, comme on en jugera par la statistique que nous avons donnée plus haut. La réalité est assez probante, pour qu'il ne soit pas nécessaire de l'embellir. Cependant nous n'aurions point élevé la voix si M. Batailhé n'avait, à l'appui de ses assertions, invoqué le témoignage de personnes qui ont été très-étonnées du témoignage qu'elles donnaient. Elles sont presque aussi partisans des pansements à l'alcool que M. Batailhé lui-même, si toutefois la chose est possible, et elles ne voudraient pas jeter du discrédit sur ces derniers par quelques exagérations faciles à comprendre, mais toujours nuisibles. On ne croit point aux médicaments infaillibles. Les spécifiques, le mercure, le sulfate de quinine sont parfois en défaut, pourquoi n'en serait-il pas de même de l'eau-de-vie ? Je crois avoir traduit ici la pensée de M. Houel, particulièrement engagé dans la question.

Chercherons-nous à pénétrer maintenant le mécanisme de cette action préventive que nous posons comme démontrée : il faudrait sans doute au préalable connaître *la nature intime* de l'affection purulente. Or, nous sommes forcé de l'avouer, elle ne nous est encore qu'imparfaitement révélée. Cependant, que l'on accepte la doctrine de la *résorption*, par les veines et les lymphatiques, ou celle de *la phlébite ;* que l'on admette la théorie de la *fièvre essentielle* (Tessier), ou de l'embolie (Virchow), peu nous importe en définitive ; le fait avéré par tout le monde est celui-ci : dans l'immense majorité des cas au moins « la pyohémie reconnaît pour cause première une suppuration sur un point quelconque du corps. » Et bien ! nous détruisons cette suppuration, nous lui enlevons ses propriétés malfaisantes en décomposant son *élément essentiel.* La conclusion se tire d'elle-même. D'ailleurs, si une seule des opinions que nous venons d'énumérer est vraie, elle vient prêter son concours à ma manière de voir. La résorption délétère n'est plus possible, puisque, comme le microscope le démontre, le principe actif du pus, le globule purulent est anihilé par l'alcool à la surface de la plaie, en effet il ne reste à sa place que des granules albumineux et graisseux. L'infection par la phlébite ou la lymphangite ne l'est pas davantage, puisque l'une et l'autre sont empêchées. Enfin, pourquoi des embolies ou une fièvre essentielle chez un malade qui a une plaie non suppurante, plutôt que chez un autre qui n'a pas de plaie du tout. Mais il faut, comme on le voit, pour que le raisonnement soit rigoureux, que la solution de continuité ne soit pas baignée par le pus. Si la pyohémie se produisait quand même, il serait temps d'examiner à nouveau la théorie de Tessier.

Lorsqu'on obtient la réunion immédiate, la suppuration est anéantie du même coup, et par conséquent avec elle toute crainte de résorption. Il est donc opportun de la tenter toutes les fois qu'il est permis de l'espérer. Or, l'eau-de-vie camphrée la favorise, il faudra donc appliquer sur les lèvres de la plaie rapprochées un plumasseau de charpie imbibé de ce liquide. Si elle échoue, on se hâtera de donner issue au pus accumulé derrière la suture. S'il croupit, on détergera par une injection les anfractuosités, et si celles-ci sont sinueuses et profondes, on les remplira de bourdonnets imprégnés d'alcool.

On a de tout temps remarqué que la coloration rosée d'une surface dénudée était un signe excellent, et l'indice de l'absence de toute menace de pyohémie. L'eau-de-vie est l'agent le mieux approprié pour amener de pareils effets, et, nous l'avons vu, quand

où la met en usage, les plaies sont constamment vermeilles. Voilà donc encore une preuve de sa valeur. Son emploi étant on ne peut plus facile, on l'appliquera dès le commencement, et l'on n'attendra pas pour s'en servir que la solution de continuité soit pâle et blafarde. Si cet accident précurseur arrivait, il y aurait encore moins à hésiter, et il serait souvent temps d'agir encore. De quelque côté que nous nous retournions, l'alcool répond à toutes les indications. Nous sommes étonné que le raisonnement n'ait pas conduit plutôt à l'employer. Que ceux qui préfèrent les faits à la théorie consultent les résultats obtenus, et ils verront que le plus parfait accord règne entre ces deux ordres de preuves.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Sur la préparation du chloroforme destiné à l'anesthésie chirurgicale.

Par M. Adrian, pharmacien.

Quelle découverte a plus étonné le monde et mieux servi les hommes que cette merveilleuse conquête du chloroforme par Liebig et Soubeiran, et son heureuse application par le professeur Simpson ! Pourquoi faut-il qu'au moment où la thérapeutique tend à s'élever, comme les autres branches de l'art de guérir, à une précision toute scientifique, de nombreuses publications viennent chaque jour appeler l'attention des chirurgiens sur l'impureté de ce précieux agent anesthésique. Déjà dès 1848, M. Lesueur constatait qu'il n'obtenait plus les mêmes effets avec les mêmes doses, et qu'il avait été forcé d'opérer, dans certains cas graves, sans avoir pu déterminer l'anesthésie, tout en employant de grandes quantités de chloroforme. Cette remarque a été répétée bien des fois depuis, et tout récemment le docteur Rubio, de Séville, déplorait d'avoir été obligé de pratiquer la première ovariotomie en Espagne, sans avoir pu produire l'anesthésie, malgré l'emploi de 30 grammes de chloroforme et deux heures d'attente (*Union médicale,* 17 novembre), adjurant les pharmaciens d'être plus soucieux de la pureté de ce produit.

Le chloroforme ne peut plus être rangé aujourd'hui, dans le cadre déjà trop restreint des préparations qui sortent du laboratoire du pharmacien. La difficulté de l'obtenir, l'extension toujours plus grande de son emploi en font l'objet d'une fabrication spéciale,

Mais ce produit, tel que le commerce le fournit en général, est loin de répondre au véritable chloroforme anesthésique des savants auteurs de sa découverte. Il peut renfermer, soit par adultération, ou par un défaut de soin dans sa préparation, plusieurs matières étrangères, dont il est indispensable de le débarrasser avant de le délivrer aux chirurgiens.

Le nombre des substances qu'on rencontre le plus souvent dans le chloroforme impur, falsifié ou mal préparé, est encore assez considérable ; on peut citer l'alcool, le chlore, l'acide chlorhydrique, l'éther sulfurique, des composés du méthyle, l'aldéhyde, l'eau, des matières fixes, etc., etc. Parmi ces substances, les unes sont très-sensibles aux réactifs chimiques, il est toujours très-facile de constater leur présence ; mais souvent il en existe d'autres de la nature du chloroforme lui-même, qu'on ne peut découvrir que par un examen beaucoup plus approfondi.

Appelé depuis quelques années à purifier le chloroforme destiné au service de mon officine, j'ai souvent eu l'occasion de constater que l'absence complète des matières étrangères sensibles aux réactifs, n'était pas encore un indice suffisant de sa pureté. Cette observation, répétée plusieurs fois sur des chloroformes de différentes provenances, m'a donné l'idée de rechercher quelles pourraient être les épreuves pratiques nécessaires pour obtenir un produit capable d'inspirer toute confiance aux chirurgiens. Je les indiquerai, afin que chacun puisse, en les suivant, obtenir le seul chloroforme qui devrait servir à produire l'anesthésie.

Jusqu'ici, les chimistes ne se sont guère préoccupés que de la recherche des corps étrangers sensibles aux réactifs. C'est ainsi que Soubeiran, le premier, enseignait qu'une goutte de chloroforme versée sur un mélange à parties égales d'eau distillée et d'acide sulfurique à 66 degrés le traverse et gagne le fond s'il est pur, tandis qu'il flotte à la surface s'il est alcoolique. Mais cette expérience demande une grande habitude, et elle ne réussit bien que si la quantité d'alcool s'y trouve mélangée au chloroforme, dans une proportion notable.

M. Mialhe a aussi proposé de verser une ou plusieurs gouttes de chloroforme dans un tube contenant de l'eau, afin de reconnaître la présence de l'alcool par l'opalescence qui doit s'ensuivre ; mais un chimiste étranger a démontré que ce caractère n'est pas toujours concluant, puisqu'il se présente quelquefois avec du chloroforme exempt d'alcool.

Plusieurs autres réactifs ont été proposés dans ce but : c'est

l'acide chromique préconisé par M. Catell ; un à deux cristaux dans 8 à 10 grammes de chloroforme y décèlent la présence de l'alcool par la formation de l'oxyde vert de chrome, bien reconnaissable à sa couleur ; c'est l'albumine indiquée par M. Letheby, chimiste distingué de Londres, comme se coagulant sous l'influence seule de l'alcool même, dans une très-minime proportion ; c'est le sodium desséché au papier sans colle, conseillé tout récemment par M. Nardry, comme décélant l'alcool et l'éther par le dégagement de l'hydrogène, bien que sur ce point il y ait des réserves à faire, car l'éther chimiquement pur n'est pas attaqué par le sodium, et le dégagement de l'hydrogène n'est pas non plus un indice de la présence de l'alcool, puisqu'il a lieu sous l'influence d'une très-faible quantité d'eau. Enfin, il y a le nitro-sulfure de fer, proposé par M. Roussin, qui de toutes les substances que nous venons de passer en revue, est assurément celle qui donne les meilleurs résultats, à la condition, néanmoins, qu'il soit préparé depuis peu de temps.

Si donc ces diverses épreuves ont une valeur incontestable pour le chimiste qui veut s'assurer de la présence d'un agent si communément répandu dans le chloroforme, aussi bien que pour le chirurgien qui veut dissiper sa défiance à cet égard, on voit qu'elles sont insuffisantes pour affirmer la pureté du chloroforme.

Le chlore en excès dans l'hypochlorite de chaux passe toujours à la distillation avec le chloroforme ; il doit être l'objet d'une élimination complète, à cause des dangers que lui et ses composés pourraient entraîner. On sait que ce gaz ne peut être respiré, même mélangé d'air, sans produire un sentiment de strangulation et de constriction de la poitrine accompagné de toux et parfois même de crachement de sang. La séparation du chloroforme s'effectue facilement, ainsi que nous le verrons plus loin.

L'acide chlorhydrique dont M. Letheby a trouvé jusqu'à 53 pour 100 dans un chloroforme fourni à l'hôpital de Londres, s'y rencontre aussi, soit par suite d'un défaut de soin dans la préparation du chloroforme, soit par l'altération spontanée du chloroforme lui-même. On constate facilement sa présence en agitant le produit à essayer avec de l'eau distillée, qui acquiert la propriété de rougir le tournesol, et de produire un précipité avec l'azotate d'argent.

Telles sont les substances que l'on se contente de rechercher le plus souvent dans le chloroforme du commerce. Mais, indépendamment de ces altérations grossières pour ainsi dire, qu'elles résultent d'une préparation imparfaite, de son altération spontanée ou

d'une coupable falsification, il s'y rencontre plusieurs autres corps étrangers insensibles aux réactifs, et qui par là même leur échappent. Outre, certaines matières hétérogènes comme l'eau, les huiles hydro-carbonées et des substances organiques sans action nuisible sur l'économie, et qu'une simple rectification peut faire disparaître, il en est qui participent de la nature même du chloroforme, en font pour ainsi dire partie intégrante, et ne s'en séparent que par des opérations minutieuses.

C'est ainsi qu'après avoir enlevé à certains chloroformes du commerce les dernières portions d'eau et d'alcool, et m'être assuré qu'il ne renfermait plus aucune trace des substances précitées, je fus fort étonné de voir que le liquide, que je croyais ainsi chimiquement pur, distillait à une température supérieure à 60°,8, et ne répondait ni par sa *densité*, ni par son point *d'ébullition*, au véritable chloroforme de Liebig et Soubeiran. On sait en effet que la densité de celui-ci est de 1°,48 et le point d'ébullition de 60°,8. Il fallait donc en chercher les causes ailleurs et pousser plus loin mes investigations.

Cette variation dans le point d'ébullition ne pouvait tenir qu'à la présence de certains liquides étrangers de la nature du chloroforme lui-même, c'est-à-dire aux composés chlorés du méthyle dont M. Letheby, le premier, a signalé l'existence, en appelant l'attention sur leur nocuité. Capables de produire les accidents les plus graves, la céphalalgie et une rapide prostration générale, ils doivent, dit l'auteur de ce travail, être séparés avec soin, et il recommande aux chirurgiens de n'employer le chloroforme qu'après s'être assurés qu'il est parfaitement exempt de ces différents corps. Mais comment opérer cette séparation? En échappant à tous les réactifs connus, ces corps paraissent rendre cette tâche impossible, et ce n'est que par une certaine série d'opérations et de distillations fractionnées, qu'on arrive à débarrasser le chloroforme de tous ces produits étrangers.

Amené ainsi à constater par la distillation l'impureté du chloroforme, que nul réactif ne pouvait m'indiquer, j'ai été conduit de même, pour l'obtenir chimiquement pur, à faire de son point d'ébullition le critérium absolu de sa pureté. Par ce moyen pratique, je suis parvenu à séparer ces composés chlorés du méthyle, qui lui communiquent une odeur vive et stupéfiante, en masquant la suavité qui le caractérise et qui semble être la cause principale de l'irritation bronchique et de la toux, souvent observées lors de son inhalation.

Il est donc bien évident, d'après ce qui précède, qu'il ne suffit pas de débarrasser le chloroforme des corps étrangers décelés par les réactifs pour le rendre véritablement pur et sans danger, et l'on a pu voir qu'à moins d'une rectification toute spéciale de sa part, le pharmacien ne peut jamais être sûr de le délivrer dans cet état. Voici en détail les opérations successives qu'il est nécessaire de lui faire subir pour être en droit de lui donner le titre de *chloroforme anesthésique*.

1° On commence par l'agiter avec de l'eau pour enlever l'alcool. Ces lavages doivent être répétés un grand nombre de fois ; car, vers la fin, lorsque l'alcool est en très-faible quantité, il y a pour ainsi dire équilibre dans l'affinité du chloroforme et de l'eau pour l'alcool. On s'assure, du reste, de son absence complète par l'acide chromique et le binitrosulfure de fer récemment préparé. Le premier n'est pas décomposé et celui-ci reste complétement insoluble, lorsque le chloroforme est tout à fait privé d'alcool. Les lavages à l'eau ont aussi l'avantage de faire disparaître l'aldéhyde qu'il peut contenir.

2° Débarrassé déjà par ces opérations d'une grande partie du chlore et de ses dérivés, on le met de nouveau en contact avec une faible dissolution de carbonate de soude, qui sature les dernières traces de chlore, ainsi que les acides chlorhydrique et hyppochloraux qui pourraient rester en dissolution.

3° On enlève au chloroforme toute l'eau qu'il retient en dissolution, en le faisant digérer vingt-quatre à quarante-huit heures sur du chlorure de calcium. C'est là une opération qui n'est pas aussi simple qu'elle le paraît au premier abord, car il faut employer une grande quantité de sel déshydratant, et souvent est-on obligé de recommencer cette même épreuve à plusieurs reprises. Il ne reste plus qu'à soumettre le chloroforme à une première rectification, en ayant soin de ne pas trop élever la température et après toutefois l'avoir additionné du vingtième de son poids d'huile blanche, qui retient les matières hydrocarbonées restées en dissolution. Ainsi rectifié, le chloroforme doit avoir une odeur franche, caractéristique; il ne doit laisser aucun résidu lorsqu'on l'abandonne à une évaporation spontanée dans une capsule de verre. C'est après cette dernière épreuve qu'on peut sérieusement déterminer la densité et le point d'ébullition, afin de s'assurer de l'absence complète des chlorures de méthylène plus chlorés.

4° Il arrive souvent qu'après ces différentes épreuves le chloroforme est suffisamment pur pour servir aux besoins de la chirurgie, mais

il est toujours plus sage de le soumettre aux épreuves définitives, la densité et le point d'ébullition. Si, dans cette dernière expérience, le thermomètre dépasse le soixante et unième degré et qu'il monte, comme nous l'avons vu quelquefois, jusqu'au soixante-huitième degré de l'échelle centigrade, il faudra ou rejeter ce chloroforme, comme impropre à produire l'anesthésie, ou le soumettre à une série de rectifications jusqu'à ce qu'on soit arrivé à obtenir un produit exempt de ces corps étrangers, qu'il est impossible de séparer sans détruire le chloroforme lui-même.

Délivré avec toutes ces garanties, le chloroforme offrirait certainement des conditions d'innocuité et de sécurité qu'on ne peut attendre des produits si souvent impurs du commerce. Nous ne prétendons pas néanmoins qu'il ne résultera plus de malheurs ni d'accidents de son emploi ; notre but a été simplement de montrer qu'il est possible d'obtenir chimiquement pur, par des procédés pratiques, l'anesthésique le plus répandu aujourd'hui, et dissiper aussi les incertitudes qui peuvent s'élever à cet égard dans l'esprit des praticiens. Dans cet état de pureté irréprochable, s'il arrive encore des accidents, les chirurgiens n'auront plus du moins à les imputer qu'au chloroforme lui-même et non à son impureté.

Observation sur le tannin officinal.

La consommation du tannin est devenue très-grande depuis que la thérapeutique a accepté cet agent comme le type le plus précieux des astringents végétaux ; malheureusement cette substance est loin d'être toujours très-pure. Beaucoup de médecins se plaignent qu'elle n'est pas complétement soluble, et que les malades lui trouvent une odeur et une saveur détestables ; nous en avons cherché la cause et croyons pouvoir l'attribuer à la nature de l'éther qui a servi à sa préparation.

Aujourd'hui on fait des alcools avec de la betterave, du bois, des grains, du marc de raisin. Ces produits ont tous des arômes fétides qui se communiquent aux éthers qu'on fait avec eux.

Les éthers doués de mauvais goût devraient être employés seulement aux besoins de l'industrie ; il n'en est pas toujours ainsi. Certains individus qui font de la pharmacie sans diplôme les délivrent au public comme bon médicament, ignorant eux-mêmes qu'ils sont d'une mauvaise qualité.

Les médecins nous font encore observer que du tannin pris dans plusieurs officines offre rarement la même couleur. Cette différence

de nuance tient à la nature et à la provenance des noix de galle ; depuis plusieurs années la France ne reçoit que de très-petites quantités de noix de galle d'Alep, que l'on regarde comme les plus riches en tannin. Leur prix est de 5 francs le kilogramme. Le tannin qu'elles fournissent a une belle couleur jaune, il est très-estimé des pharmaciens, surtout s'il a été préparé avec des éthers faits avec de l'alcool de vin.

Pour remplacer les noix de galle d'Alep, c'est-à-dire officinales, les fabricants de produits chimiques emploient des noix de galle qui nous viennent de Chine et du Japon ; elles sont moins chères que les autres, elles ne valent dans le commerce que 2 francs le kilogramme. Le tannin qu'on en retire est d'un blanc terne, il est très-bon pour l'industrie, parce qu'il plaît moins à l'œil. Nous engageons donc nos confrères à n'accepter que l'acide tannique présentant tous les caractères qui lui sont propres : solubilité, odeur franche et saveur astringente, exempt d'empyreume, etc.

Stanislas Martin.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Note sur un cas d'embryotomie pratiquée avec succès au moyen d'une ficelle.

Depuis quelques années, M. le professeur Pajot appelle, dans ses cours, l'attention de ses nombreux élèves sur un nouveau moyen de pratiquer l'embryotomie dans les cas de présentation du tronc. L'an dernier, il en a même fait mention dans un mémoire qu'il a lu à l'Académie de médecine. Ce procédé consiste à passer une ficelle autour du cou du fœtus et à tirer alternativement sur chaque extrémité, de manière à produire un mouvement de scie. En quelques secondes la section est faite. Malgré les avantages qu'aurait ce procédé, malgré l'importante publicité dont il est l'objet, il n'a pas encore été, que je sache, mis en pratique. Cela tient à la difficulté qu'on éprouve à passer le fil autour du cou. C'est là, en effet, le nœud de la question. Aussi s'est-on efforcé à l'envi de trouver un instrument capable de lever cette difficulté. M. Pajot, M. Tarnier, etc., en ont chacun proposé un. Malgré ces efforts, la question ne paraît pas avoir fait de progrès, peut-être parce que ces instruments ne sont pas d'un emploi très-facile, et qu'ils viennent augmenter sans nécessité le nombre déjà si grand de ceux dont le praticien peut avoir besoin. Quoi qu'il en soit,

voici un moyen d'arriver au but aussi simple que possible, et qui n'exige aucun instrument. Ce moyen n'est pas du domaine de la théorie ; il a été aussitôt appliqué que trouvé, dans un cas de présentation de l'épaule où la version et l'embryotomie étaient impossibles. Je ne saurais mieux faire, pour donner une idée de la marche que j'ai suivie, que de rapporter cette observation.

Le 27 juin dernier, vers dix heures du matin, je suis appelé à Saint-Germain, commune distante d'environ 16 kilomètres de ma résidence, auprès de Françoise V***, en travail depuis plusieurs jours. Cette femme est âgée de quarante-sept ans, de taille moyenne, et paraît bien constituée. Elle est arrivée au terme de sa sixième grossesse. Les cinq premières couches ont été faciles et heureuses. Quant à la sixième, elle s'est annoncée par les douleurs ordinaires, le 24 juin avant le jour : à neuf heures, les eaux se sont écoulées, et depuis ce moment jusqu'à notre arrivée, c'est-à-dire pendant plus de trois jours, cette malheureuse a eu des douleurs atroces presque continuelles, sans résultat apparent. La sage-femme nous apprend même que la partie fœtale est encore très-élevée, et qu'il lui a été impossible jusqu'ici de reconnaître la présentation.

Je procède aussitôt à l'examen. La matrice est tellement rétractée sur le fœtus qu'elle en dessine les contours. On sent à travers les parois de l'abdomen, dans la fosse iliaque droite, un corps dur, arrondi, qui paraît être la tête, et, dans le flanc gauche, une saillie irrégulière qui simule l'extrémité pelvienne. Une anse de cordon pend à la vulve ; elle est froide, molle, verdâtre, sans pulsations. La partie fœtale qui se présente est encore au détroit supérieur : c'est un coude. Je l'accroche et j'amène au dehors la main droite. Elle est livide : la peau a déjà subi un certain degré d'altération, et l'épiderme se soulève quand je veux passer un lacs sur le bras. Je complète le diagnostic en constatant que la tête est à droite et l'omoplate en arrière. J'ai affaire par conséquent à une présentation de l'épaule droite, dos en arrière. Quant au fœtus, il est mort depuis longtemps.

Il n'y a pas à hésiter ; il faut faire la version. Après avoir pris les soins préliminaires, j'introduis la main droite dans le vagin ; je franchis l'orifice sans trop de difficulté, et je l'engage à la partie postérieure sur le dos de l'enfant. Mais j'éprouve aussitôt une résistance des plus énergiques : la main se trouve étreinte entre le corps du fœtus et les parois utérines par une violente rétraction tétanique, qui s'augmente encore de contractions presque continuelles produites par son contact. Je parviens cependant jusqu'au

sacrum ; mais là, impossible d'aller plus loin. J'essaye alors de contourner le fœtus et de passer sur la face antérieure, espérant que, dans ce mouvement, je serai peut-être assez heureux pour rencontrer les pieds ; mais c'est vainement : la résistance est insurmontable de tous les côtés. Force m'est alors de retirer la main épuisée et engourdie. Après quelques moments de repos, seconde tentative, mais en passant immédiatement sur le plan antérieur et allant ainsi directement à la recherche des pieds. Je suis encore moins heureux, s'il est possible, que la première fois ; je parviens à peine au niveau des fausses côtes.

Evidemment la version est impossible, si je ne parviens pas à calmer la rétraction utérine. Mais de tous les moyens à employer dans ce but, il ne s'en trouve qu'un à ma disposition et c'est le moins actif : je veux parler des bains prolongés. Quant au chloroforme et au laudanum, je n'en ai pas sous la main, et je suis à plus de quatre lieues de ma résidence et de toute pharmacie. La syncope par la saignée ne me paraît pas indiquée, à cause de la faiblesse de la femme, la mort du fœtus faisant un devoir d'éviter tout ce qui pourrait compromettre la vie de la mère. Je fais en conséquence mettre la femme dans un bain, sans trop compter cependant sur l'efficacité de ce moyen. Aussi, je commence à me préoccuper de la nécessité où je pourrai me trouver de pratiquer l'embryotomie. Mais comment faire cette opération ? Je n'ai aucun des instruments nécessaires ; de simples ciseaux de trousse, voilà tout ce qui est à ma disposition. Je songe alors au moyen conseillé par M. Pajot, mais ici encore, il y a la difficulté de passer le fil autour du cou du fœtus. L'habile professeur pense que s'il est un instrument capable de résoudre le problème, c'est le crochet mousse plus ou moins modifié, parce qu'il est toujours possible, d'après lui, de passer un crochet autour du cou de l'enfant. Je m'attache à cette idée, et je fais par précaution percer l'extrémité d'un des crochets mousses du forceps pour y fixer le fil, en même temps, je fais chercher une ficelle de soie, selon la recommandation du maître.

Pendant ce temps, la femme a pris son bain. Elle est remise en place : j'essaye de nouveau la version, mais, comme les deux premières fois, la résistance est insurmontable. Il me paraît dangereux de s'obstiner davantage à faire cette opération, et je me décide à pratiquer l'embryotomie.

J'apprends alors qu'on n'a pas trouvé de corde de soie. Comme M. Pajot ne parle dans ses cours que de ce genre de fil, je crois un instant que c'est parce qu'il a seul la propriété de couper les

tissus, et j'abandonne à regret ce moyen. Je me vois réduit à tenter la détroncation avec mes ciseaux de trousse. Je fais abaisser, autant que possible, le cou du fœtus, au moyen d'un des crochets du forceps par M. Borie, médecin de la localité, qui était venu m'offrir son concours. Malgré cette précaution, les ciseaux n'arrivent sur le cou qu'en pénétrant complétement dans le vagin. Il est impossible de les manœuvrer dans cette position : l'écartement que peuvent prendre les branches est si faible, que j'ai la plus grande peine même à pincer les parties molles. L'opération ne peut qu'être excessivement laborieuse, sinon impossible par ce procédé. Découragé, il me vient à l'idée, avant d'aller plus loin, d'essayer si une simple ficelle de fouet ne produirait pas le même effet qu'une corde de soie. Je laisse de côté le crochet mousse que j'ai fait préparer et qui ne me paraît pas nécessaire, car je sens qu'avec le doigt, que j'avais introduit pour diriger les ciseaux, il me sera facile d'embrasser le cou du fœtus. Je double l'extrémité de la ficelle, et, au moyen d'un nœud, je fais un anneau assez grand pour y passer l'extrémité de l'index, mais pas assez pour que la phalange s'y enfonce complétement. J'engage l'index gauche dans cet anneau, et je l'introduis dans le vagin, en entraînant le fil. Arrivé à la partie postérieure du cou, je le recourbe autour de cet organe, de manière à l'embrasser autant que possible. Alors, je retire mon doigt avec précaution, pour ne pas entraîner le fil en arrière, et je laisse l'anneau pendant à la partie antérieure du cou. Cela fait, j'introduis la main droite, et avec l'index et le médius, je cherche à saisir cet anneau. Après quelques tâtonnements, je réussis à l'entraîner au dehors. Le reste ne fut plus qu'un jeu. Je fis des tractions alternatives sur chaque extrémité, de manière à produire un mouvement de scie rapide et énergique, et en quelques secondes la corde avait traversé les tissus. Le tronc sortit aussitôt. Je laissai alors la femme se reposer, et j'abandonnai l'expulsion de la tête aux efforts de la nature.

Au bout d'une heure, l'accouchement ne s'étant pas terminé, j'examine la femme, et je trouve la tête à peine engagée au détroit supérieur. L'occiput est en avant. La femme n'ayant pas de contractions et se trouvant très-fatiguée, je prends la résolution de la délivrer au plus vite au moyen du forceps. Quand la branche mâle est en place, et que la main droite est introduite pour guider l'autre branche, je sens qu'en immobilisant la tête avec la cuiller gauche, il me sera peut-être possible d'atteindre la bouche du *fœtus*. Je tente la manœuvre et je réussis à saisir le maxillaire

inférieur. Je m'efforce d'abaisser la tête autant que possible, mais elle est bientôt arrêtée. Alors je retire la branche gauche et j'introduis dans la bouche le crochet du forceps. Je tire et le dégagement se fait sans difficulté.

Les suites de couches furent très-heureuses, et, quinze jours après, la femme commençait à reprendre ses occupations ordinaires.

Cette observation prouve bien évidemment la possibilité de faire la détroncation au moyen d'une ficelle quelconque, pourvu qu'elle soit solide et bien tordue. Elle prouve même, croyons-nous, par la facilité avec laquelle cette opération s'est faite, malgré de mauvaises conditions, que ce procédé sera applicable avec avantage dans l'immense majorité des cas. Car, s'il est vrai, comme le dit M. Pajot, qu'il est toujours possible de passer autour du cou du fœtus un crochet mousse, à plus forte raison pourra-t-on y passer un doigt. Quel crochet plus admirable pourrait-on trouver en effet? Il se prête à toutes les courbures: il sent ce qu'il touche, il sent où il passe, en un mot, c'est un crochet intelligent avec lequel on n'a pas à craindre de faire de fausses routes ou de froisser les organes. S'il est quelque cas où la théorie puisse faire prévoir l'impossibilité d'introduire la main, c'est dans les rétrécissements extrêmes où du reste la simple détroncation est inutile. Et encore même, si la tête ne passe pas, le crochet peut passer. Alors on fera percer, comme nous l'avons fait, un des crochets du forceps, et on passera dans l'orifice de haut en bas l'extrémité de la ficelle, avec laquelle on fera un nœud semblable à celui que nous avons décrit. Ce nœud aura pour effet d'empêcher la corde de rétrograder, et de donner plus de facilité pour la saisir, parce qu'il pendra au bout de l'instrument. On arrivera ainsi au but d'une manière facile et sans instrument spécial. Le temps de l'opération le plus difficile est celui qui consiste à attirer au dehors l'extrémité de la ficelle. On y parviendra toujours après quelques tâtonnements dans les cas où la corde aura pu être placée à la main. Dans ceux où il aura fallu recourir au crochet, il est probable qu'on ne pourra pas saisir la corde avec les doigts; mais alors il sera toujours possible de la prendre avec les pinces à anneaux que l'on trouve dans toutes les trousses.

Avant de terminer, je ferai remarquer que je ne me suis pas servi de spéculum, comme le veut M. Pajot, dans la crainte, dit-il, que la corde, dans son mouvement de va-et-vient, ne blesse les organes. Je dois dire que cette crainte ne me paraît pas fondée, et

que cet instrument est heureusement inutile. S'il en était autrement, le procédé serait compromis, car on a rarement un spéculum sous la main. Dans le cas que j'ai observé, le bras qui faisait procidence tenait les tissus suffisamment écartés pour qu'il fût impossible, avec la moindre attention, de les déchirer. Quant aux cas, où il n'y aura pas de procidence, il suffira de faire écarter les lèvres par des aides ou avec des pinces et de rapprocher autant que possible, pendant les tractions, les deux chefs de la corde, de manière surtout à ce qu'ils se meuvent dans un même plan vertical. Cette opération pourra se faire ainsi sans aucun instrument spécial. Ce sera, je crois, sa meilleure garantie de succès et d'avenir.

Docteur Rey,
à Saint-Denis, près Catus (Lot).

BIBLIOGRAPHIE.

De la fièvre typhoïde, par M. le docteur J.-A. Maudon (de Limoges), ancien interne, lauréat (1er prix) des hôpitaux de Paris, de la Faculté de médecine. Ouvrage couronné par la Société impériale de médecine de Bordeaux.

Etude clinique sur divers symptômes spinaux observés dans la fièvre typhoïde, par M. le docteur E. Fritz, lauréat (médaille d'or) des hôpitaux et de la Faculté de médecine de Paris, membre de la Société anatomique, etc.

Il n'est assurément pas de maladie sur laquelle, sous une foule d'appellations diverses, on ait tant parlé que la fièvre typhoïde : c'est que cette maladie, contemporaine de l'homme historique peut-être, cosmopolite et se produisant, bien que variable en sa forme, en dépit de tout antagonisme endémique, a dû, dans tous les temps, comme dans tous les pays, appeler l'attention des observateurs. En face de ces immenses travaux, et qui, s'ils étaient réunis, composeraient à eux seuls toute une bibliothèque, les Sociétés savantes qui font de cette maladie l'objet d'un concours, sont-elles bien inspirées, et peuvent-elles légitimement se flatter de provoquer, dans l'état de la science, quelque travail original qui, dans cette maladie, fasse la lumière là où règnent les ténèbres les plus épaisses ? Nous en doutons : et en témoignage de la vérité de cette impression, nous n'hésiterons pas à citer l'ouvrage même du savant médecin de Limoges, M. le docteur J.-A. Maudon. Ce travail est certainement très-bien fait ; l'auteur, convaincu de la solidité de la doctrine à laquelle il vient prêter l'appui de son talent, a puisé dans ses convictions mêmes une énergie d'expression qui donne du relief à ses idées et leur ouvrira la porte d'une foule d'esprits

qui, de guerre lasse, se sont endormis nonchalamment, à l'endroit de la fièvre typhoïde, dans le quiétisme d'un scepticisme paresseux : quelques incorrections de style, une forme en général un peu déclamatoire, qui fait tache çà et là dans le livre du médecin distingué de Limoges, ne nuiront même pas à la fortune du livre, et comme, en somme, il s'agit d'une doctrine saine et prudente, nous serions heureux, si humble que soit notre assentiment, d'y contribuer, en si petite proportion que ce fût.

M. le docteur Maudon ouvre sa monographie par un historique sobre en ses développements, et où, avec un tact qui fait honneur à son jugement, il ne touche qu'aux sommités des choses ; puis, dans une seconde partie, de beaucoup plus importante, parce qu'au lieu de nous promener à travers les divagations d'une science qui cherche et ne peut trouver, l'auteur n'aspire à rien moins qu'à diriger la pratique dans une voie éclairée par toutes les lumières des inventions modernes, dans une seconde partie, disons-nous, le médecin de Limoges traite successivement des causes, de la nature et de la thérapeutique de la fièvre typhoïde. Sur la première de ces questions, M. le docteur Maudon n'hésite pas, il affirme nettement la contagion. Nous savons que cette façon de considérer la genèse de cette maladie rallie en ce moment un grand nombre de partisans, et nous avouons, en toute sincérité, qu'après avoir nié hardiment cette source de la propagation de l'endémie d'Europe, nous serions moins explicite, si nous avions à nous prononcer sur ce point, maintenant que nous avons vu des faits assez nombreux, qui semblent évidemment déposer en faveur de ce mode de transmission de la maladie. Pourtant, qu'on y regarde bien de près, l'influence épidémique est presque toujours là, à qui il faut faire aussi sa part, et à qui on ne la fait pas toujours, quand on voit les choses à travers une conception théorique nettement arrêtée. C'est ainsi que notre honorable confrère de Limoges ne nous paraît pas toujours à l'abri de cette sorte de préoccupation, quand il se montre si explicite sur la *communicabilité* de la fièvre typhoïde, pour nous servir d'une expression de Forget ; c'est ainsi surtout qu'il se laisse évidemment entraîner sur cette pente par l'affirmation erronée de l'identité de la fièvre typhoïde et du typhus. Avec la modestie qui convient à un homme dont le nom n'a point encore eu un grand retentissement dans le monde de la science, M. Maudon se plaît à invoquer l'autorité d'une foule de noms plus ou moins célèbres pour justifier cette affirmation, qui, dans son esprit, nous le craignons, est plutôt une vue purement spéculative et in-

que cet instrument est heureusement inutile. S'il en était
ment, le procédé serait compromis, car on a rarement un
sous la main. Dans le cas que j'ai observé, le bras qui f
cidence tenait les tissus suffisamment écartés pour qu'i
sible, avec la moindre attention, de les déchirer. Quar
il n'y aura pas de procidence, il suffira de faire éc
par des aides ou avec des pinces et de rappro
possible, pendant les tractions, les deux chefs
manière surtout à ce qu'ils se meuvent dans un n
Cette opération pourra se faire ainsi sans aucun
Ce sera, je crois, sa meilleure garantie de succ

BIBLIOGRAP

De la fièvre typhoïde, par M. le docteur J.-
interne, lauréat (1er prix) des hôpitaux de
Ouvrage couronné par la Société impéria
Etude clinique sur divers symptômes spin
par M. le docteur E. Fritz, lauréat (n
culté de médecine de Paris, membre d

Il n'est assurément pas de m
d'appellations diverses, on a
c'est que cette maladie, co
peut-être, cosmopolite et se
forme, en dépit de tout
tous les temps, comme de
observateurs. En face de
réunis, composeraient à
ciétés savantes qui font
elles bien inspirées, et
voquer, dans l'état de
cette maladie, fasse
épaisses ? Nous en d
impression, nous n'
médecin de Limog
certainement très-
doctrine à laquel
dans ses convicti
du relief à ses id

…ps
doute
…ée on a
…ne fièvre
, identique
193 jusqu'en
…uement et par-
population d'Ir-
à Sa… …ifestation est venue
…e si nettement le mé-
…dont a été l'objet l'ou-
…iences, et où cette pré-
…plus formelle. Quoi qu'il
…ection typhoïde est une ma-
… infectieuse et contagieuse.
…aractérisation de la maladie
…tracer une monographie inté-
…ion même qu'elle semble ré-
…ans une controverse qui nous
…peu de mots à quelle méthode
…ection, notre savant confrère.
…typhoïde, qui est une intoxication
…mais visible par ses manifesta-
…l'économie à laquelle elle conclut
…les causes qui d'ordinaire la provo-
…médecin de Limoges doit être partisan
…qui se propose surtout pour but
…le principe délétère qui l'a frappé,
…fléchir et à se dissoudre. Mais bien
…fondamentale qu'ait à remplir la thé-
…la seule pourtant, et M. Maudon réserve
…les toniques pour certains cas ou certaines
…qui les commandent effectivement. A lire
…de l'auteur, on sent qu'il est un homme
…légitime certainement, tient souvent en échec

…interne, 2e édit., t. Ier, p. 63.

…ns : cet homme, c'est Forget, de
…sépare nettement, il le
…ne la mesure de l'estime
…ant il ne peut se dégager
…ofesseur distingué de Stras-
…absolue, par exemple, de l'ali-
…yphoïde, que, pour nous, nous
…rtaine mesure et dans certaines
…ue l'auteur ne secoue pas suffisam-
…ssentiellement erronée de l'*entérite*
…nanque ici dans le livre de M. Maudon,
…ve à la nécessité absolue de l'air pur dans
…ue, que l'auteur ne fait qu'indiquer, quand
…le, que sans métaphore on a pu dire qu'il y
…es qu'on guérit en ouvrant les fenêtres ; à part
…, la thérapeutique que l'auteur recommande est
…e, et sort d'une appréciation saine des choses.
…le livre de M. Maudon est l'œuvre d'un homme
…ntelligent, dont l'originalité ne se traduit encore que
…elques analogies de surface finement saisies et heureu-
…endues, mais qui, l'âge et la méditation solitaire aidant,
…arriver quelque jour à la grande originalité qui, plongeant
…vant dans l'étude de la nature, en approfondit davantage les

(*La fin au prochain numéro.*)

BULLETIN DES HOPITAUX.

Cas d'anévrysme de l'aorte abdominale guéri par la compression de l'artère immédiatement au-dessus de la tumeur. — La compression, ce précieux moyen thérapeutique auquel on a eu l'heureuse idée de revenir de notre temps, et qui, grâce à une application plus rationnelle et plus méthodique, a donné de si favorables résultats dans le traitement de diverses affections et notamment des anévrysmes, vient d'être employée avec succès en Angleterre, dans un cas de cette dernière maladie ayant son siége sur l'aorte abdominale. Tel a été du moins le diagnostic du docteur W. Murray, qui donnait ses soins au malade, ainsi que des autres médecins et chirurgiens qui ont été appelés à l'examiner et à émettre leur opinion. L'exactitude de ce diagnostic étant admise, et nos lecteurs

téressée, qu'une vérité d'expérience personnelle : mais dans son empressement à se faire ainsi des aïeux, l'auteur a commis une erreur que nous tenons à relever : il enrôle dans la classe des identistes M. le professeur Grisolle, qui, s'il prenait ici la parole, s'en défendrait énergiquement assurément. Il a, il est vrai, longtemps incliné vers cette opinion : « Mais aujourd'hui, dit-il, le doute n'est plus permis. Pendant la glorieuse campagne de Crimée on a vu dans les armées alliées, comme dans l'armée russe, une fièvre spéciale, absolument distincte de l'affection typhoïde, identique avec ces pyrexies qui ont suivi nos armées depuis 1793 jusqu'en 1814, identique avec cette fièvre qui règne endémiquement et parfois sous forme épidémique sur la malheureuse population d'Irlande, etc., etc. (1) » Une autre grande manifestation est venue naguère témoigner contre l'identité qu'affirme si nettement le médecin de Limoges, c'est la haute distinction dont a été l'objet l'ouvrage de M. Barailler à l'Académie des sciences, et où cette prétendue identité est niée de la manière la plus formelle. Quoi qu'il en soit à cet égard, pour M. Maudon, l'affection typhoïde est une maladie spécifique, putride, phlegmasique, infectieuse et contagieuse. Nous aurions beaucoup à dire sur cette caractérisation de la maladie dont le médecin de Limoges vient de tracer une monographie intéressante, et qui laisse indécise la question même qu'elle semble résoudre. Au lieu de nous engager dans une controverse qui nous est interdite ici, nous allons dire en peu de mots à quelle méthode thérapeutique se rallie, dans cette affection, notre savant confrère. Étant posés la nature de la fièvre typhoïde, qui est une intoxication de nature encore indéterminée, mais visible par ses manifestations multiples, la dépression de l'économie à laquelle elle conclut presque fatalement, le mode des causes qui d'ordinaire la provoquent, il va de soi que le médecin de Limoges doit être partisan de la méthode antique et nouvelle qui se propose surtout pour but d'éliminer de l'organisme vivant le principe délétère qui l'a frappé, l'atteinte duquel il tend à fléchir et à se dissoudre. Mais bien ce soit là l'indication fondamentale qu'ait à remplir la thé-peutique, elle n'est pas la seule pourtant, et M. Maudon réserve antiphlogistiques, les toniques pour certains cas ou certaines iodes de la maladie qui les commandent effectivement. A lire ivement l'ouvrage de l'auteur, on sent qu'il est un homme l'autorité, bien légitime certainement, tient souvent en échec

(1) Traité de pathologie interne, 8e édit., t. Ier, p. 63.

la pensée du médecin de Limoges : cet homme, c'est Forget, de regrettable mémoire. M. Maudon s'en sépare nettement, il le combat avec un luxe d'arguments qui donne la mesure de l'estime en laquelle il tient ses travaux, et pourtant il ne peut se dégager complétement de la forte étreinte du professeur distingué de Strasbourg : dans la répudiation presque absolue, par exemple, de l'alimentation précoce dans la fièvre typhoïde, que, pour nous, nous n'admettons que suivant une certaine mesure et dans certaines circonstances, il nous semble que l'auteur ne secoue pas suffisamment le joug de la doctrine essentiellement erronée de l'*entérite folliculaire*. A part ce qui manque ici dans le livre de M. Maudon, et une autre lacune relative à la nécessité absolue de l'air pur dans l'hygiène de cette maladie, que l'auteur ne fait qu'indiquer, quand cette nécessité est telle, que sans métaphore on a pu dire qu'il y a des fièvres typhoïdes qu'on guérit en ouvrant les fenêtres ; à part ces deux lacunes, la thérapeutique que l'auteur recommande est de la bonne école,et sort d'une appréciation saine des choses.

En somme, le livre de M. Maudon est l'œuvre d'un homme judicieux, intelligent, dont l'originalité ne se traduit encore que que par quelques analogies de surface finement saisies et heureusement rendues, mais qui, l'âge et la méditation solitaire aidant, pourra arriver quelque jour à la grande originalité qui, plongeant plus avant dans l'étude de la nature, en approfondit davantage les lois.

(*La fin au prochain numéro.*)

BULLETIN DES HOPITAUX.

Cas d'anévrysme de l'aorte abdominale guéri par la compression de l'artère immédiatement au-dessus de la tumeur. — La compression, ce précieux moyen thérapeutique auquel on a eu l'heureuse idée de revenir de notre temps, et qui, grâce à une application plus rationnelle et plus méthodique, a donné de si favorables résultats dans le traitement de diverses affections et notamment des anévrysmes, vient d'être employée avec succès en Angleterre, dans un cas de cette dernière maladie ayant son siége sur l'aorte abdominale. Tel a été du moins le diagnostic du docteur W. Murray, qui donnait ses soins au malade, ainsi que des autres médecins et chirurgiens qui ont été appelés à l'examiner et à émettre leur opinion. L'exactitude de ce diagnostic étant admise, et nos lecteurs

vont être à même de juger s'il y a lieu de faire quelques réserves, ce serait là un fait d'un grand intérêt; mais y eût-il eu quelque erreur relativement au siége précis de la tumeur anévrysmale, celle-ci eût-elle, au lieu de l'aorte, intéressé quelqu'une des branches qui s'en détachent le long de son trajet abdominal, que l'importance du fait n'en serait pas, coyons-nous, très-considérablement amoindrie, d'une part parce qu'il témoignerait de la possibilité de guérir des anévrysmes qui jusqu'ici semblaient devoir être par leur siége au-dessus des ressources de l'art, et d'autre part parce qu'il permettrait de concevoir l'espoir d'obtenir le même résultat pour des anévrysmes siégeant sur l'aorte elle-même.

Voici l'observation telle qu'elle a été communiquée, au nom de M. le docteur W. Murray, de Newcastle, par M. Ch. H. Moore, à la Société royale médicale et chirurgicale de Londres, dans sa séance du 24 mai dernier.

Le malade est un homme maigre et sec, âgé de vingt-six ans, paveur, et comme tel se servant de cet outil pesant qu'on nomme *hie*. Souvent, en travaillant de son rude métier, il lui a fallu faire des efforts considérables, excessifs relativement à sa force. Il y a onze mois, après un travail pénible, il fut pris d'une vive douleur dans les reins. Deux mois après, la même douleur commença à se faire sentir dans l'abdomen, très-intense, au point parfois de couper la respiration. Il y a environ deux mois, il commença à éprouver dans le ventre une sensation de battement, et peu de temps après il fut admis au dispensaire de Newcastle-sur-Tyne, dans le service du docteur Wm. Murray, qui, après l'avoir examiné, demeura convaincu qu'il était atteint d'anévrysme de l'aorte abdominale, opinion qui fut partagée par le *medical officer* du dispensaire.

Voici quel était l'état du malade avant le commencement du traitement.

L'abdomen est aplati et ses parois sont maigres, ce qui permet de constater des battements perceptibles à la vue dans la région ombilicale. Par la palpation, on reconnaît la présence d'une tumeur dure, légèrement mobile, de forme globuleuse, du volume d'une orange environ, qui est le siége de pulsations énergiques donnant à l'observateur la sensation de chocs vifs, et animées d'une force d'expansion assez prononcée pour séparer très-manifestement les deux mains qui l'embrassent. Lorsque, déprimant la paroi abdominale à la partie gauche de la région épigastrique, on comprime l'aorte contre le rachis au-dessus de cette tumeur, tout battement cesse d'y être perçu, puis, dès que la compression est interrompue,

on sent un frémissement très-distinct qui accompagne le choc du sang à l'intérieur de la tumeur. Un léger bruit s'entend à son niveau. On peut sentir l'aorte au-dessous de la tumeur, et ses pulsations ne paraissent nullement s'écarter de leurs caractères normaux. Un peu de constipation. Pouls bon, normal. L'état de la santé générale serait satisfaisant, si le malade n'était miné par la douleur et par la perte de sommeil qui en est la conséquence. Aucun signe de dégénération du système artériel. Tous les moyens palliatifs ayant été essayés sans procurer aucun soulagement, M. Murray proposa, puisque l'aorte pouvait être comprimée, d'appliquer un tourniquet au-dessus de l'anévrysme (le tourniquet ordinaire en fer à cheval), et de tenter ainsi la cure au moyen de la compression; et, en effet, celle-ci pouvait être pratiquée d'une manière complète au moyen de cet instrument, en plaçant l'une des pelotes sur le rachis et l'autre au point de l'abdomen indiqué ci-dessus.

Mais avant de passer à l'accomplissement de son dessein, M. Murray voulut prendre l'avis de confrères autorisés. Il présenta donc son malade à la Société médicale de Northumberland et Durham, et obtint de son président, M. le docteur Heath, et des autres membres, la confirmation de son diagnostic et l'approbation du plan de traitement auquel il se proposait de recourir.

En conséquence, le 16 avril, le malade ayant été soumis aux inhalations de chloroforme, la compression fut établie au moyen du tourniquet, qui fut laissé en place pendant deux heures. Quand elle fut enlevée, il ne s'était produit aucun effet appréciable; cependant, pendant sa durée, elle avait arrêté complétement tout battement dans la tumeur, à l'exception d'un moment pendant lequel l'instrument avait été déplacé accidentellement.

Cédant à de vives instances, le malade consentit à se soumettre de nouveau au même traitement le 19 avril. Un nouvel examen très-attentif par M. Heath et M. Murray eut pour conclusion, une fois de plus, qu'il ne pouvait s'élever aucun doute raisonnable sur la nature de la maladie. La compression fut de nouveau installée et continuée sans aucune interruption, que celles qui vinrent à se produire par le fait de déplacements momentanés du tourniquet; le chirurgien veilla à ce qu'il n'y en eût pas pendant la dernière heure, en maintenant soigneusement l'instrument en place et en tenant le malade sous l'influence du chloroforme. Au bout de cinq heures environ, on cessa la compression, et l'on reconnut qu'il n'y avait plus dans la tumeur que des battements très-faibles. A part un peu de frisson et d'engourdissement avec refroidissement des jambes et des pieds

il ne se manifesta rien de fâcheux à la suite. Dans la soirée, après l'examen le plus attentif, il fut impossible à M. Murray de découvrir la plus légère pulsation ni dans la tumeur ni dans la portion inférieure de l'aorte.

Le 20 avril. Le malade est souffrant, agité; les membres inférieurs sont le siége d'engourdissement et d'une sensation de formication et de picotements dans les pieds. Le docteur Heath voit le malade avec M. Murray et ils reconnaissent ensemble qu'il n'y a pas de pulsations dans la tumeur, qui est maintenant parfaitement immobile, dure, résistante et diminuée de volume; l'on ne sent non plus aucune pulsation dans l'aorte au-dessous de la tumeur, ni dans les artères iliaques et fémorales.

Le 21 avril. Le malade est beaucoup mieux; il y a plusieurs mois, dit-il, qu'il ne s'est trouvé aussi bien, qu'il n'a senti aussi peu de douleurs. Pas de pulsations dans la tumeur ni dans les fémorales. On sent le pouls en un ou deux points des parois abdominales.

Le 22. En présence de M. Lightfoot, les points suivants sont établis et vérifiés par ce médecin, après un examen extrêmement attentif : une tumeur solide, dure, du volume environ d'une pomme, située à gauche de l'ombilic, peut être reconnue par la palpation et même par la vue, quand le malade fait une expiration profonde. A la vue elle paraît immobile, et la main placée à son bord supérieur y distingue un mouvement en avant aussi léger que possible, qui semble s'y communiquer de l'aorte battant au-dessus d'elle. Nul mouvement d'expansion, nulle vibration, aucun bruit ne peuvent être saisis. Il n'y a plus d'engourdissement dans les membres inférieurs, et le patient dit se trouver très-bien.

Le 25. De mieux en mieux. Pas de douleur depuis le traitement. La tumeur est maintenant beaucoup diminuée de volume, impossible d'y distinguer aucune pulsation. Le malade se lève, va et vient librement; il est sorti ce matin et a marché un quart de mille; les jambes ont faibli une fois ou deux pendant cette promenade, par suite, dit-il, d'un engourdissement qui s'y est produit. Après cet exercice, il a éprouvé une sensation semblable dans la région ombilicale, s'irradiant de haut en bas et qui a duré quelques minutes. — Plusieurs médecins, parmi lesquels M. le docteur Gibb, MM. Fips et Armstrong, M. Rayne, l'ont examiné vers cette époque, et leur conclusion unanime a été que tout battement avait cessé dans l'aorte et dans les grosses artères situées au-dessous de la tumeur.

Le 5 mai. Le malade, qui n'a cessé d'aller de mieux en mieux, qui n'a ressenti aucune douleur, et qui est sorti tous les jours, est

resté aujourd'hui trois heures dehors et est allé à une assez grande distance sans aucun malaise qu'un peu de faiblesse et d'engourdissement dans les jambes. Un nouvel examen très-soigneux, en présence de plusieurs médecins, ne fait découvrir aucun mouvement dans la tumeur, qui est toujours dure et dont le volume est encore réduit.

Le 9. Etat on ne peut plus satisfaisant sous tous les rapports.

C'est certes un fait bien remarquable, bien digne d'attention, et, il faut le dire, qui paraît bien extraordinaire, que celui d'un anévrysme de l'aorte abdominale guéri par la compression appliquée pendant un petit nombre d'heures et par un procédé aussi simple que celui qui a été employé; un fait dans lequel on voit le cours du sang supprimé dans un vaisseau aussi important que l'aorte, sans qu'aucun symptôme grave, aucun inconvénient sérieux en soit la conséquence. Le premier sentiment qu'on éprouve en en lisant la relation, est celui du doute, basé sur une erreur possible de diagnostic. On sait, en effet, qu'il existe dans l'abdomen, chez certains sujets, des pulsations souvent assez fortes, s'accompagnant parfois d'un bruit de souffle, mais qui ne sont pas liées à l'existence d'un anévrysme. Ne pourrait-on pas s'en être laissé imposer par de telles pulsations? Cette interprétation ne saurait être accueillie en présence d'une tumeur assez volumineuse, facilement appréciable en raison de la maigreur du sujet et de la dépressibilité de la paroi abdominale, siége de ces battements et de mouvements d'expansion énergiques, qui cessaient par la compression momentanée pour reparaître après, puis ont disparu tout à fait à la suite d'une compression méthodique prolongée un temps suffisant; la diminution du volume consécutivement au traitement concourt au même résultat. Mais une tumeur anévrysmale étant admise, avait-elle réellement son siége dans l'aorte, ou bien s'était-elle formée aux dépens d'une des artères qui naissent de ce vaisseau dans son trajet à travers le ventre? Plusieurs circonstances, rappelées par M. Moore à la suite de la communication faite par lui au nom de son confrère, se réunissent en faveur de la première de ces deux suppositions. Ce sont les symptômes qui se sont manifestés consécutivement à l'oblitération du vaisseau : arrêt de la circulation dans la portion de l'aorte située au-dessous de la tumeur, dans les iliaques communes et les fémorales, l'engourdissement, la formication, l'abaissement de température, la faiblesse des membres auxquels fournissent les artères, jusqu'à ce que la circulation collatérale ait eu le temps de s'établir. — Un point important à remarquer, c'est le service rendu par le chloroforme dans ce

cas, sans lequel, selon toute probabilité, la compression n'aurait pu être supportée assez longtemps pour amener l'oblitération, condition de la guérison.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Agent thérapeutique nouveau pour le traitement de certaines formes d'hydropisie. Déjà en mars 1863, M. le docteur Abbotts Smith, médecin de Metropolitan free hospital, avait fait une communication sur cet agent à la Société médicale de Londres ; ayant eu, depuis, plusieurs occasions, dit-il, d'en vérifier à nouveau les propriétés à la fois diurétiques et toniques, il croit devoir lui consacrer encore quelques remarques.

Il s'agit de l'*erodium cicutarium*, plante indigène commune, appartenant à la famille des géraniacées, et qui croît abondamment dans les terrains sablonneux des plages maritimes. L'attention de notre confrère anglais ayant été intéressée par une note de M. Byerley, insérée dans le *Medical Times*, il s'était proposé de faire quelques essais pour vérifier l'exactitude des faits annoncés.

Le premier cas où M. A. Smith prescrivit l'erodium ou geranium cicutarium, était celui d'un homme de quarante ans, traité à la consultation de l'hôpital pour une affection rénale avec anasarque et ascite. Ni la scille à petites doses, ni la digitale, ni le genêt, etc., n'ayant diminué l'hydropisie, non plus que l'elaterium et la poudre de jalap composée, M. Smith, renonçant à ces divers remèdes, prescrivit le nouveau médicament qu'il voulait expérimenter, sous forme de décoction, à la dose de 90 grammes répétée quatre fois par jour. Dès la visite suivante du malade à la consultation, au bout de quelques jours, l'œdème des membres inférieurs avait diminué, ainsi que le volume du ventre, ce dont il fut facile de s'assurer par les résultats de la mensuration comparés aux mesures qui avaient été prises précédemment. Le flux urinaire avait sensiblement augmenté d'abondance. L'erodium fut continué pendant trois semaines encore, après quoi des toniques furent administrés pour compléter la cure. A la fin de novembre 1862, le malade était guéri et pouvait reprendre son métier de tonnelier.

Dans un second cas l'erodium ne s'est pas montré moins efficace. C'était chez un homme âgé de soixante-six ans qui avait eu déjà plusieurs ascites, suite de tuméfaction chronique du foie causée par des excès alcooliques. La décoction d'erodium fut administrée à la dose de 120 grammes, trois fois par jour, sans aucun autre médicament qu'une pilule de coloquinte composée de temps à autre pour tenir le ventre libre. Au bout de quinze jours l'épanchement abdominal avait presque entièrement disparu, et le malade fut mis à l'usage de médicaments toniques et altérants et d'un régime fortifiant qui complétèrent la guérison.

M. Abbotts Smith a expérimenté l'erodium cicutarium dans un certain nombre d'autres cas, et toujours il en a obtenu des effets avantageux. La forme sous laquelle il a administré ce médicament est celle d'une décoction préparée avec 2 onces de la plante sèche pour trois pintes (un peu plus d'un litre et demi) d'eau qu'on fait réduire aux deux tiers par l'ébullition ; le liquide est ensuite décanté et passé au filtre. Un extrait a été aussi préparée par MM. Clay et Abraham, de Liverpool ; mais les essais qui en ont été faits ne permettent pas de se prononcer sur sa valeur.

Bien entendu, dit M. Smith en terminant, je ne propose pas l'erodium pour remplacer tous les médicaments usités dans le traitement de l'hydropisie : cette affection dépendant de beaucoup de causes différentes, il serait absurde de supposer qu'on puisse trouver un remède spécifique pour toute espèce de formes de cette maladie. Mais je crois que cette plante mérite d'être essayée, et qu'elle est appelée à jouer le rôle d'un adjuvant très-utile, concurremment avec d'autres moyens, spécialement dans ces cas nombreux où, bien que la médi-

cation diurétique soit apte à rendre des services, nous hésitons néanmoins à recourir aux agents ordinaires de cette médication, par crainte des complications qui assez souvent sont la conséquence de leur action stimulante sur les glandes rénales. (*Med. Mirror* et *Edinburgh med. journ.*, octobre 1864.)

Deux cas d'artériotomie dans l'asphyxie. Sous ce titre, le docteur G. Battistoc-Marzuttini (d'Udine) vient de publier les deux faits suivants,dont nous croyons devoir donner ici la relation presque complète :

Obs. I. Dans la soirée du 20 octobre 1838, je fus appelé en toute hâte, dit le docteur Marzuttini, auprès d'un jeune homme de seize ans, le nommé G. Denolo, de Spilimbergo (où j'habitais alors), lequel était étendu sur la voie publique,dans un état de mort apparente. Bien constitué de sa personne, le jeune homme s'était livré à de copieuses libations ; il présentait les symptômes suivants : commencement de réfrigération générale, pouls imperceptible aux radiales et aux carotides ; quelques rares battements au cœur,à peine sensibles à l'ausculation ; respiration inappréciable ; membres dans la résolution ; face et lèvres violacées ; pupilles dilatées et immobiles ; peau turgide marquée et comme zébrée en plusieurs points de taches bleuâtres ; abolition complète de tout mouvement volontaire et de toute manifestation du côté des sens et de l'intelligence. Il y avait environ une demi-heure que le jeune homme avait été trouvé dans ces conditions. Plusieurs moyens furent essayés, mais en vain : la déglutition était impossible ; la phlébotomie réitérée ne donna pas de sang. Alors, sans perdre plus de temps (nous étions sur la voie publique, dans la campagne, loin de toute habitation), je saisis un bistouri, et ayant dénudé incontinent l'artère radiale dans la région du pouls, je lui fis une ponction. O surprise ! cet individu, qui ressemblait à un cadavre, complétement insensible à l'incision de la peau, manifesta subitement une vive douleur quand je ponctionnai l'artère ; tout son corps se redressa, comme s'il avait reçu une forte secousse électrique. A mesure que le sang artériel rutilant coulait en jets de plus en plus animés et forts, on voyait reparaître la respiration, les battements du cœur et du pouls, la chaleur et la coloration normales, les mouvements volontaires aux paupières et aux membres. C'était enfin comme une miraculeuse résurrection, un véritable et progressif passage de la mort à la vie. Il avait coulé environ 32 onces (450 grammes) de sang ; l'artère fût liée au-dessus et au-dessous de la section ; la réunion eut lieu par première intention.

Obs. II. Dans la nuit très-rigoureuse du 16 décembre 1842, vers dix heures, on apportait à l'hôpital de Spilimbergo un homme de trente-cinq ans, de taille mince et élevée, et atteint depuis deux ans de phtisie pulmonaire tuberculeuse à la première période : saisi par le froid excessif en traversant, les pieds nus, le gué du Tagliamento, et aussi un peu pris de vin, il était tombé à demi-mort, sur les glaces du torrent. Au moment où je le visitai avec le docteur Zecchinis, il présentait comme une sidération générale et les signes d'une asphyxie extrême : pupilles dilatées, immobiles ; pulsations des radiales et des carotides imperceptibles ; battements cardiaques insaisissables à la main ; mouvements respiratoires très-éloignés et presque insensibles ; rigidité des articulations ; face gonflée, livide, lèvres violettes, peau maculée de taches azurées ; facultés intellectuelles et des sens abolies. Tous les moyens usités en pareille circonstance furent successivement employés, mais en vain ; on ne put pas non plus retirer une seule goutte de sang par la phlébotomie ; insensible aux vapeurs d'ammoniaque placée sous le nez, le patient semblait perdu, lorsque, sans hésiter davantage, je découvris l'artère radiale à la région du pouls, et l'ayant soulevée, je la sectionnai en travers ; aussitôt le malade fut agité comme par une secousse électrique ; le sang artériel coulant d'abord lentement, puis en jets plus forts et plus abondants ; il en fut extrait 18 onces, et il y avait à peine une heure que l'artériotomie avait été pratiquée que l'on voyait toutes les fonctions rétablies et le malade renaître. Après une réaction fébrile de vingt heures, suivie d'une transpiration profuse, il était sauvé.

Nous ne dirons rien des longues et intéressantes considérations théoriques dont l'auteur fait suivre ces deux observations ; c'est surtout leur côté pratique qui nous importe, et à ce point de vue elles méritent assurément une sérieuse attention. Toutefois, le moyen étant admis, pourquoi ne pas pratiquer l'ar-

tériotomie au lieu d'élection, c'est-à-dire sur l'artère temporale ? (*L'Ippocratico*, septembre 1864.)

Du rhumatisme du diaphragme et de son traitement. Le rhumatisme du diaphragme; voilà une affection que nous ne rencontrons pas habituellement dans nos descriptions nosologiques classiques. Cependant sa possibilité et même sa réalité ne sauraient être révoquées en doute après l'observation qu'a faite sur sa propre personne, et la description qu'en a donnée M. le docteur Nesbit-Chapman (professeur d'obstétrique à l'hôpital Long-Island college). Nous ne ferons que rappeler ici les circonstances étiologiques auxquelles M. Nesbit-Chapman attribue la détermination de la maladie, savoir les secousses très-violentes occasionnées par le cahot d'une voiture de louage mal suspendue; il faut y ajouter une prédisposition rhumatismale marquée. Quoi qu'il en soit de l'influence de ces causes, c'est dans de telles conditions que se développe chez notre confrère une maladie dont les symptômes étaient les suivants : respiration effectuée seulement et exclusivement par les mouvements des côtes supérieures; élancements, douleurs violentes à chaque inspiration, se propageant de l'épine aux marges des côtes; difficulté du bâillement et de l'éternument; tension des parois abdominales; manque de puissance pour pousser en bas et aider à l'expulsion de l'urine et des fèces; une sorte d'obstacle à la circulation; enfin état de dilatation des poumons et absence du murmure vésiculaire à la base de la poitrine. Il est difficile de ne pas reconnaître, à ces lignes, la réalité d'une implication primitive ou secondaire du diaphragme. Cinquante centigrammes de calomel, un quart de grain de morphine toutes les heures, une cuillerée à thé de liqueur anodine d'Hoffmann mêlée à 10 gouttes de chloroforme chaque demi-heure, de forts sinapismes sur le siége de la douleur, telle fut la médication dirigée contre ces accidents, qui ne manquaient pas de gravité; elle en triompha rapidement, car après trois heures de son emploi, le malade, qui à chaque dose éprouvait un soulagement progressif, fut pris d'un sommeil paisible. Au bout de huit jours et après quelques alternatives constituées par le retour très-atténué de quelques-uns des symptômes précédents, le rétablissement était complet; il restait toutefois un état de faiblesse anémique et un dégoût très-prononcé pour les aliments. Il n'est pas sans intérêt de noter que les préparations de quinquina et de colombo demeurèrent impuissantes contre cet état morbide consécutif des fonctions digestives, tandis qu'il fut très-heureusement modifié par la liqueur de Bourbon (*Bourbon Whiskey*), prise tous les jours à la dose d'un petit verre à dîner. L'ensemble symptomatique qui précède, quelles qu'en soient la nature et l'interprétation, et le traitement qui lui a été opposé, méritent d'être relevés par la pratique et de fixer son attention. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, septembre 1864.)

De la musique comme agent thérapeutique dans la folie. Rien de plus controversé que la valeur de la musique appliquée au traitement de l'aliénation mentale : les uns ont vanté ce moyen outre mesure, et en ont fait comme une panacée universelle; d'autres, tombant dans l'exagération contraire, lui ont dénié toute espèce d'avantage : ces exagérations mêmes font facilement pressentir que la vérité n'est ni d'un côté ni de l'autre. D'où pourraient provenir, d'ailleurs, de si profondes dissidences, si ce n'est de l'insuffisance des études faites sur le sujet et de la légèreté avec laquelle la question est habituellement jugée ? Les préoccupations théoriques et la considération trop exclusive du côté sentimental ont surtout contribué à égarer les esprits et les applications; de là les mécomptes absolus ou les illusions complètes. Il est évident que, comme tout agent thérapeutique, quelqu'il soit, celui dont il s'agit doit être réglementé et mis, pour ainsi dire, à sa place d'indication, pour qu'il soit permis d'en apprécier justement les résultats et avoir en son action une légitime confiance; et nous ne parlons pas ici d'une réglementation préalable, mathématique en quelque sorte, dont ne s'accommodent guère les modalités si variables des cas pathologiques; nous avons plutôt en vue les applications véritablement et d'autant plus fécondes, qu'elles obéissent aux inspirations soudaines et individuelles d'un esprit autorisé.

En ce qui concerne la musique dans la folie, ces erreurs et ces dési-

dérata ont été parfaitement compris et très-judicieusement appréciés par M. le docteur Berthier, médecin en chef des asiles d'aliénés de Bourg, qui, pour rétablir ce problème thérapeutique dans sa véritable situation, l'envisage sous les trois faces suivantes : La musique est-elle un agent thérapeutique? Doit-elle être prescrite indistinctement ? Quelles sont les circonstances où son emploi est avantageux ? Nous ne pouvons suivre l'auteur dans ses développements pleins d'intérêt et qui témoignent de l'étude et d'une connaissance approfondies du sujet. Mais tout en reconnaissant avec lui la puissance soit palliative, soit même curative de la musique bien appropriée à l'expression symptomatique prédominante, nous ne pouvons partager toute sa confiance en ce moyen, que nous croyons un peu excessive et légèrement entachée du dilettantisme exagéré qu'il critiquait lui-même chez d'autres. Nous ne saurions, par exemple, croire avec M. Berthier, « qu'un sien ami aux portes du tombeau, où le conduisait un rhumatisme cérébral, ait dû sa résurrection à une barcarole d'artistes ambulants de passage sous ses fenêtres... » Il nous est difficile également d'admettre la haute influence du choix des intonations et des nuances harmoniques sur les résultats thérapeutiques obtenus : il y a là encore les signes d'une exagération de l'élément théorique, dont il faut nécessairement dégager la question, pour la replacer dans la voie véritablement pratique : il n'est pas douteux que l'intéressant article de M. Berthier doive y contribuer puissamment, et c'est pourquoi nous nous sommes empressé de le signaler à nos lecteurs. (*Journal de médecine mentale*, septembre 1864.)

Permanganate de potasse dans la blennorrhagie. Depuis deux ans, dit le docteur J. G. Rich, j'ai fréquemment employé le permanganate de potasse en injections dans le traitement de la gonorrhée, et j'en ai toujours obtenu un succès extrêmement satisfaisant. Ma méthode habituelle auparavant était d'administrer d'abord un cathartique hydragogue, puis de faire prendre une mixture de poivre cubèbe, copahu, nitre, etc., avec des injections de sulfate de zinc, d'acide tannique, etc. Mais depuis que j'emploie le permanganate de potasse, mon traitement est beaucoup moins complexe; car, au moyen de ce remède seul, il m'est souvent arrivé de guérir en quarante-huit heures des gonorrhées très-intenses, et cela sans effet fâcheux. Voici comment je procède d'ordinaire. Je prescris : R. bitartrate de potasse, 13 décigrammes; podophylline, 5 centigrammes ; M. divisez en quatre paquets : un paquet toutes les heures, jusqu'à action purgative copieuse. Après quoi, R. permanganate de potasse, 30 centigrammes, eau de fontaine 30 grammes, M. pour une solution à employer en injections trois fois par jour. Je recommande en même temps des boissons mucilagineuses abondantes, telle que la tisane de guimauve, d'orme, d'acacia, et un régime non stimulant.

Sur soixante-quatre cas dont j'ai gardé note, cette méthode de traitement n'a échoué que deux fois : la maladie, dès son début, est arrêtée d'ordinaire après un petit nombre d'injections, de trois à six. J'ai reconnu utile de continuer les émollients huit jours au moins après la cessation de l'écoulement. Dans aucun cas, l'injection n'a dû être continuée au delà du quatrième jour. Quand il y a chaude-pisse *cordée*, je suis dans l'habitude de prescrire : R. lupulin, 132 grammes ; camphre pulvérisé, 13 décigrammes ; mie de pain Q. S., pour 16 pilules, à prendre 2, 3 ou 4 en se mettant au lit. (*Canada Lancet* et *Edinburgh med. journ.*, septembre 1864.)

Rupture de l'utérus pendant l'accouchement ; gastrotomie suivie de succès. C'est un terrible accident que la rupture de la matrice pendant le travail de l'accouchement, et qui est mortel dans la majeure partie des cas. Mais il n'est au-dessus ni des ressources de la nature, ni de celles de l'art. La conduite de l'accoucheur est alors indiquée principalement par la situation qu'occupe le fœtus, ce qui dépend du point où a eu lieu la solution de continuité et de l'étendue de celle-ci. Extraire l'enfant par la version ou au moyen du forceps, s'il est resté dans l'utérus et que le bassin soit bien conformé; réduire son volume, s'il y a viciation pelvienne ; la même conduite, si le fœtus n'est qu'en partie passé dans la cavité péritonéale ; la gastrotomie, s'il y est passé entièrement et que l'orifice utérin soit complétement rétracté. Telles sont les

règles admises suivant les cas, règles, d'ailleurs, que nous n'avons la prétention de rappeler ici que dans ce qu'elles ont de plus essentiel et de plus élémentaire. C'est à la dernière de ces règles que ressortissait le fait suivant, que nous allons rapporter aussi brièvement que possible, comme un exemple propre à prévenir le découragement, si quelqu'un de nos lecteurs avait le malheur de se trouver aux prises avec un accident de ce genre.

Il s'agit d'une femme de vingt-huit ans qui, trois fois déjà, en raison d'un rétrécissement du diamètre antéro-postérieur causé par la projection exagérée de l'angle sacro-vertébral, avait dû être accouchée au moyen du forceps, d'enfants qui n'avaient pas survécu. Le docteur Crighton, qui l'avait assistée la troisième fois, avait conseillé, au cas d'une nouvelle grossesse, l'accouchement prématuré artificiel, du septième au huitième mois. Mais, étant devenue grosse, la malade n'avait tenu compte de cet avis, malgré les conseils de son accoucheur ordinaire, M. Davenport, et elle était arrivée à terme le 28 janvier. Appelé pour appliquer le forceps au détroit supérieur, M. Crighton, à son arrivée, trouva la rupture de l'utérus accomplie depuis deux heures : difficulté de reconnaître exactement la situation du fœtus dans la cavité abdominale, à cause de l'extrême sensibilité des parties; mais nul doute sur la réalité de l'accident ; irrégularité de la forme de l'abdomen, nulle partie du fœtus maintenant accessible par le vagin, utérus revenu sur lui-même, hémorrhagie, cessation de toute douleur, sensation de rupture éprouvée par la patiente au moment de la dernière contraction, plus violente et plus douloureuse que les autres. L'application du forceps et la version avaient été tentées sans succès auparavant. Dans cette situation, la gastrotomie, seule ressource possible, et dans laquelle l'état assez bon des forces de la malade permettait de fonder quelque espoir, refusée d'abord, fut enfin autorisée au bout de six heures et pratiquée immédiatement par M. Crighton, avec l'aide de son confrère.

Après l'administration du chloroforme et l'évacuation de la vessie au moyen de la sonde; après la constatation, malgré un emphysème assez prononcé de la région hypogastrique, de la situation du fœtus, dont la tête occupait une position déclive et reposait sur l'utérus fortement rétracté; M. Crighton incisa la peau et le tissu cellulaire sous-cutané sur la ligne médiane, de l'ombilic jusqu'à un pouce au-dessus du pubis; le péritoine fut ouvert à la partie supérieure de l'incision, puis dans le reste de l'étendue de celle-ci avec le bistouri reposant et conduit sur l'index de la main gauche. Il s'échappa un flot de liquide noirâtre, et l'enfant apparut dans la position notée ci-dessus : il fut extrait sans aucune difficulté, ainsi que le placenta, qui était libre au-dessous de lui.

L'utérus était complétement rétracté : la ligne de rupture suivait une direction à peu près transversale et se trouvait vers la réunion du corps avec le col ; elle était recouverte d'une couche de sang coagulé. Plusieurs caillots volumineux furent retirés de la cavité péritonéale, ainsi que du sang liquide à l'aide d'une éponge. Il n'y avait aucune trace de péritonite, excepté en un point de la fosse iliaque gauche. Les bords de la plaie furent ensuite rapprochés et réunis au moyen de sutures entortillées avec de longues épingles traversant toute l'épaisseur des parois abdominales, y compris le péritoine. Aucun autre pansement que de l'eau tiède, des plumasseaux de charpie et un bandage autour du ventre. Au bout d'une demi-heure, en sortant du sommeil chloroformique, l'opérée déclara qu'elle se sentait grandement soulagée. Le pouls était alors à 112. On administra un sixième de grain de morphine toutes les deux heures, avec deux gouttes d'acide hydrocyanique; la nuit fut bonne, et le lendemain le pouls ne battait que 108 pulsations par minute.

Sans suivre en détail toutes les péripéties des suites de l'accident et de l'opération, péripéties qui offrent à remarquer quelques symptômes de péritonite, principalement localisés dans la fosse iliaque gauche et la région hépatique, nous nous bornerons à constater qu'au bout de deux mois et demi environ, la malade put quitter son lit, et commencer à sortir quelque temps après : les règles reparurent vers cette même époque. Le 2 juin, elle put venir remercier le docteur Crighton, à plus de quatre milles de chez elle, et elle fit le voyage, aller et retour, pédestrement. (*Edinburgh med. journ.*, et *Dublin med. press.*, août 1864.)

Guérison par des injections narcotiques d'une grosseur extra-utérine. Nous reproduisons, sans commentaire, l'observation suivante, laissant à chacun le soin d'en apprécier la portée :

OBS. Il s'agit d'une femme de vingt-sept ans, dont la dernière époque menstruelle a eu lieu le 19 février. Le 27 du même mois, on constate chez elle de la fièvre. Dans le petit bassin à droite, on sent une tumeur ovalaire du volume d'un œuf de poule, un peu mobile, douloureuse à une pression même légère, transversalement dirigée, accessible par le toucher au niveau du cul-de-sac vaginal droit, à surface lisse, résistante, donnant enfin une sensation douteuse de fluctuation. L'orifice externe du col est entr'ouvert, le museau de tanche un peu raccourci, tuméfié et ramolli. Il existe un écoulement muco-purulent assez abondant. La pression du sein gauche fait sourdre du mamelon quelques gouttes d'un liquide grisâtre trouble ; on ne remarque pas de pigmentation des aréoles ni de la ligne blanche.

Le 13 mars, la tumeur a augmenté de volume et présente à peu près celui du poing, tout en conservant ses autres caractères. L'utérus est un peu déplacé en avant, et le cathétérisme de sa cavité démontre qu'il est plus volumineux qu'à l'état normal; il est mobile, du reste. M. le professeur Friedreich conclut à l'existence d'une grosseur extra-utérine, et le diagnostic fut adopté par le docteur Lange, consulté. L'accroissement incessant de la tumeur et les douleurs éprouvées par la malade faisaient craindre une rupture imminente. Pour tuer le fœtus, M. Friedreich se décida à pratiquer des injections narcotiques à l'aide d'une seringue de Pravaz dont la canule fut allongée et courbée à cet effet; ce procédé permettait en outre de blesser l'embryon.

Une première injection d'un vingtième de grain de morphine supprima presque complétement les douleurs. Le lendemain injection d'un septième de grain ; diminution de la fièvre. Au bout de deux jours la tumeur avait sensiblement diminué de volume. Deux injections nouvelles d'un sixième de grain firent complétement cesser les douleurs et la fièvre; la douleur revenait de plus en plus sur elle-même ; sa surface, en durcissant, présentait des irrégularités. Le 16 avril, il n'en restait qu'un noyau du volume d'une noix. L'utérus et son col avaient repris leur état normal ; l'état général était excellent et les règles reparurent sans accident le 16 mai. (*Arch. fur Path.* août 1864, t. XXIX, p. 312.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Compression comme moyen de calmer, de supprimer la douleur. La compression a été proposée soit pour éviter la douleur d'une opération, soit pour la calmer ; mais, bien que susceptible de réussir, comme le prouvent plus d'un exemple, ce moyen n'est pas entré dans la pratique. Peut-être est-ce à tort qu'on le néglige, car il est certain que parmi les effets que la compression détermine lorsqu'elle est convenablement appliquée et dans les cas où elle convient, figurent la diminution et même la suppression de la douleur : c'est ce qu'on peut voir dans quelques-unes des observations consignées dans la Bibliothèque thérapeutique de Bayle. Cette action est remarquable dans le fait suivant, rapporté par M. le docteur Plouviez.

Un homme d'une force herculéenne, âgé de quarante ans, fut pris entre deux tampons de waggon, dont l'un porta sur le haut de la fesse gauche et l'autre sur la partie inférieure du bas-ventre, l'arcade pubienne. Le choc fut si terrible, qu'il tomba sans connaissance, comme foudroyé, sans respiration, dans un état de mort apparente, tellement que deux médecins appelés successivement se retirèrent sans avoir rien ordonné. Vingt heures après l'accident, M. Plouviez trouva le blessé en pleine connaissance, mais en proie aux plus horribles douleurs sur tout le trajet du nerf sciatique. 10 centigrammes d'extrait d'opium en trois pilules administrées d'heure en heure procurèrent un calme de quatre à cinq heures ; mais ensuite les douleurs reparurent aussi intenses, et l'opium dut être repris. On calmait ainsi les douleurs pour un temps ; mais il fallait fréquemment revenir au même moyen, en augmentant les doses : au bout de deux mois, on en était arrivé à administrer 75 centigrammes de morphine en vingt-quatre heures pour obtenir la même action qu'au

début avec 20 centigrammes d'extrait thébaïque. Des révulsifs, sinapismes, vésicatoires volants, des liniments divers furent tour à tour prescrits, sans apporter une apparence de soulagement.

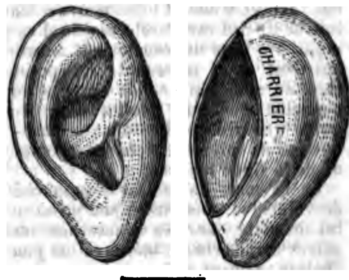
Cependant, vers la fin du troisième mois, il s'était produit un notable amendement. Il n'y avait plus de douleurs dans la fesse et la cuisse; mais elles persistaient très-intenses à la partie externe de la jambe et du cou-de-pied, et dès que l'on voulait supprimer les opiacés, elles devenaient intolérables. Cependant il fallait trouver un autre moyen : cet homme ne pouvait sans inconvénient continuer le même remède, et ce traitement était ruineux pour la famille, qui était dans une position des plus modestes. C'est alors que l'idée vint à M. Plouviez de faire la compression. Il l'établit aussitôt à l'aide d'une bande de la pointe du pied au-dessus du mollet, assez forte, mais pas au point de gêner la circulation. A l'instant, le malade s'écria : « *Je suis guéri ; je ne souffre plus.* » Et, en effet, il fut trente-six heures sans souffrir. La douleur reparut quand la bande vint à se relâcher; il suffisait alors de réappliquer le bandage pour la faire cesser.

Pendant deux mois la compression fut ainsi maintenue, en réappliquant la bande tous les deux jours; il y eut ensuite des intervalles de calme qui permettaient de la suspendre, pour la reprendre dès que la douleur reparaissait. Enfin, au bout de deux mois encore, c'est-à-dire six mois après le début, le malade se trouva assez bien pour se lever et marcher avec une béquille, n'éprouvant plus que de l'engourdissement, du malaise par-ci par-là. Néanmoins, il ne put reprendre son travail au chemin de fer, et il dut changer de profession. M. Plouviez a revu cet homme il y a quelques années (seize ans après l'accident); il ressentait encore de la faiblesse, et de temps en temps quelques légères douleurs dans le membre.

L'action avantageuse de la compression a été incontestable dans ce fait, et, en le réunissant à ceux analogues qu'on peut trouver disséminés dans les recueils périodiques, il est bien propre à inciter les praticiens à de nouvelles expériences pour la solution définitive d'une indication pratique dont l'importance n'a pas besoin d'être démontrée. (*Compte rendu de la Société médico-pratique*, juillet 1864.)

Nouveau modèle d'appareil; couvre-oreille. M. J. Charrière présente à l'Académie un petit appareil appelé couvre-oreille, de l'invention de M. Marville, de Reims. Il se compose d'une enveloppe en caoutchouc, couleur chair, de la forme exacte de l'oreille, d'une application facile et à parois assez minces pour ne pas empêcher les sons. Cet appareil est très-utile pendant les froids et très-commode pour retenir et assurer l'action des topiques médicamenteux présents dans certaines maladies des oreilles. La figure première représente la face externe, et la figure deuxième l'interne. (*Acad. de médecine*, octobre.)

Fig. 1. Fig. 2.



Moyen mixte pour provoquer prématurément l'accouchement. M. le docteur Eugène Verrier lit une note sur l'emploi d'un moyen mixte à mettre en usage chez les primipares pour provoquer prématurément l'accouchement.

L'auteur résume cette note dans les conclusions suivantes :

1° La douche, administrée avec prudence, ramollit et dilate peu à peu le segment inférieur de l'utérus.

2° Elle est véritablement le traitement le moins désagréable aux femmes; facile à graduer, à diriger à la volonté de l'accoucheur, elle peut servir de traitement préparatoire.

3° L'emploi de deux, trois ou quatre douches d'eau tiède, administrées avec toute la prudence possible, ne peut causer aucune lésion aux organes génitaux, aux membranes ni au fœtus; et pour mieux assurer l'innocuité de la douche, je la propose seulement chez les primipares, pour aider à la dilatation si souvent difficile du col utérin, afin d'introduire dans ce col un peu dilaté le dilatateur de M. Tarnier ou l'éponge préparée.

4° L'usage du spéculum pour le pla-

cement du dilatateur a pour avantages la sûreté du coup d'œil, l'absence de tâtonnements, et par suite de douleur.

5° En remplaçant le conducteur courbe par un mandrin droit terminé par une olive, ou en plaçant une boule fraisée au fond du tube, on évite de perforer l'ampoule du dilatateur ou les membranes de l'œuf. Par ce même moyen, l'extrémité de l'instrument est réduite à un très-petit volume, et pénètre plus facilement dans un col non dilaté.

Ce même mandrin pourra être courbe dans le cas où l'accoucheur ne voudrait pas se servir de spéculum.

6° Enfin, le robinet serait placé avec avantage par une simple ligature qu'on appliquerait après avoir injecté l'eau dans l'ampoule. (*Acad. de médecine*, octobre.)

VARIÉTÉS.

Projet de reconstruction de l'Hôtel-Dieu de Paris.

A côté de la question de l'isolement des malades atteints d'affections contagieuses, dont nous avons dit un mot et présenté les principaux éléments dans notre dernier numéro, s'agite celle de la reconstruction de l'Hôtel-Dieu de Paris ; questions connexes au point de vue de l'hygiène et des besoins publics, et dont l'histoire devait offrir, en réalité, d'étroites analogies. La première s'est réveillée, on le sait, au bruit des murmures et des réclamations si légitimes des malades eux-mêmes ; on doit la reprise de la seconde à une auguste initiative, qui veut « qu'à côté de l'asile du plaisir (l'Opéra), s'élève l'asile de la souffrance. »

Par malheur, la construction d'un hôpital exige d'autres principes et d'autres sollicitudes que celle de l'hôtel du plaisir ; et cependant, le projet de réédification de l'Hôtel-Dieu allait son train, aux mains des administrateurs et des architectes ; les plans étaient arrêtés, la première pierre d'une vaste erreur allait être posée, lorsqu'une voix compétente s'est élevée et a protesté avec le courage et la force que donnent seuls la conscience de la vérité et le devoir de la dire : une étude approfondie du sujet a permis à M. le docteur Ulysse Trélat de produire contre le projet officiel un faisceau d'arguments irrésistibles. A son appel, la Société de chirurgie, sentant sa responsabilité morale engagée et sans autre préoccupation que celle de l'intérêt public, de la science, et d'un devoir à remplir, a mis la question à l'ordre du jour de ses séances. Il appartenait à M. U. Trélat de poser les bases de la discussion ; il l'a fait avec la clarté et l'élégance de langage qu'on lui connaît. MM. Lefort et Giraldès ont été ensuite entendus et ont apporté à la solution du problème les précieuses lumières de leurs connaissances exotiques : tous se sont rencontrés, dans un parfait accord, sur les principes généraux qui doivent présider à la construction d'un hôpital ; et tous sont arrivés, en conséquence, à cette conclusion forcée que le projet relatif au nouvel Hôtel-Dieu est une erreur sur tous les points : erreur dans le choix de l'emplacement, attendu que, d'une part, il pèche contre la première des nécessités hygiéniques, nécessité banale à force d'être vraie, celle d'une bonne et suffisante aération (ce qui n'est pas la même chose que ventilation), et que de pareilles conditions ne sauraient se rencontrer, selon la pittoresque critique de M. Giraldès, sur le quai des *Morfondus*, attendu que, d'autre part, la superficie du terrain ne suffit pas pour l'espace exigé par chaque lit de malade ; — erreur dans le nombre des lits, car il est surabondamment démontré qu'un hôpital de 800 lits est en lui-même un mauvais hôpital, et que ce nombre, au centre des villes, ne peut, sans dangers, dé-

passer un maximum de 300 ou 350; — erreur dans les dispositions du bâtiment, car elles paraissent devoir être telles que tout libre accès à l'air et au soleil, ce bien de tous, comme l'a si bien dit M. Trélat, sera interdit à la plus grande partie de l'hôpital; — erreur enfin (car la logique de l'erreur est inflexible comme celle de la vérité), erreur dans les vues économiques qui sont nécessitées par la réalisation du projet conçu.

Bien que la discussion ne soit pas terminée, elle a, si l'on en croit quelques révélations semi-officielles, porté déjà ses fruits : le projet de 800 lits serait réduit de 200; espérons qu'on ne s'arrêtera pas là dans cette *bonne* voie rétrograde. Quoi qu'il arrive, la Société de chirurgie aura fait son devoir, et jamais elle n'aura mieux justifié ses droits au titre qui lui a été consacré de *Société d'utilité publique*.

Le ministre de l'instruction publique ayant résolu de pourvoir à la chaire de pathologie médicale vacante à la Faculté de médecine de Paris, les candidats à cette chaire sont invités à faire parvenir au secrétariat de l'Académie de Paris, avant le 31 octobre : 1° leur acte de naissance; 2° leur diplôme de docteur en médecine; 3° une note détaillée des titres qu'ils ont à faire valoir, comprenant l'indication de leurs services dans l'enseignement, et l'énumération de leurs ouvrages et de leurs travaux.

Nous lisons dans l'*Union médicale :*

« L'assemblée générale de l'Association, qui doit avoir lieu les 30 et 31 octobre prochains, emprunte cette année à diverses circonstances un intérêt tout particulier. Outre les rapports habituels sur les actes et les travaux de l'Association dans tous ses éléments, conseil général, société centrale et sociétés locales, l'assemblée sera appelée à délibérer sur le rapport relatif au projet d'érection d'une statue à Laënnec, et à nommer une commission. Ce rapport a été confié à M. le docteur Sanderet, de Besançon, membre du conseil général de l'Association.

« L'assemblée générale de 1863 émit le vœu que le conseil général examinât s'il y avait opportunité de demander aux pouvoirs publics la révision des lois qui régissent l'exercice de la médecine en France, et qu'un rapport lui fût présenté sur ce sujet dans l'assemblée générale de 1864. Ce rapport sera fait par M. le secrétaire général.

« La première période quinquennale de l'Association générale étant terminée, les fonctions du conseil général actuel expirent avec cet exercice, et il y a lieu à en nommer un nouveau. L'assemblée générale est donc appelée, cette année, à faire élection de quatre vice-présidents, d'un secrétaire général, de deux vice-secrétaires et de vingt-cinq conseillers.

« Les sociétés locales ayant émis plusieurs vœux importants, ces vœux seront aussi l'objet des délibérations de l'assemblée.

« L'intérêt ne manquera donc pas à cette sixième réunion de l'assemblée générale de l'Association. Aussi le conseil général a-t-il déjà reçu l'assurance que le plus grand nombre de ses membres et des présidents des sociétés locales assisteront à cette assemblée.

La Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, présidée par le docteur Dieudonné, a publié la protestation suivante contre l'institution de l'association mutuelle pour le service médical et pharmaceutique au rabais.

« La Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, justement émue et profondément affligée de voir, depuis plusieurs jours, figurer dans les journaux politiques l'annonce d'associations mutuelles dont le but est de s'assurer un service médical et pharmaceutique *au rabais*, proteste de toutes ses forces contre la création de ces associations, qu'elle considère comme aussi contraires à l'honneur et à la dignité de la profession médicale qu'à l'intérêt des malades, et déclare maintenir pleine et entière la décision qui a été formulée dans les termes suivants, le 1er septembre 1845 : « La Société considère comme hautement blâmable tout homme de l'art qui mettrait son titre à la disposition d'associations de prévoyance ayant pour objet une spéculation mercantile. »

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'expectation dans le traitement de la pneumonie.

Par M. le docteur BLACHE, membre de l'Académie de médecine,
médecin de l'hôpital des Enfants malades, etc.

Dans notre art, il y a quelques points de pratique médicale qui semblent de nature à ne plus laisser aucun doute dans l'esprit, aucune indécision au moment d'agir, parce qu'ils sont tout à la fois consacrés par l'expérience des siècles et appuyés sur l'autorité des plus grands maîtres. De loin en loin, cependant, il arrive que ces prétendus articles de foi, si incontestés jusqu'alors, sont de nouveau remis en question, et qu'au culte fervent succèdent la tiédeur, puis l'indifférence et le mépris. En médecine, comme en toutes choses, le scepticisme prépare la période révolutionnaire ou de destruction, et, quand celle-ci a éclaté et que la mine sourdement creusée fait tout à coup explosion, les partis jusque-là confondus se divisent et s'attaquent. Dans la lutte qui s'engage, au milieu du trouble et du tumulte, de l'agitation et du désordre, inséparables de la chute de toute croyance quelque peu importante, il est facile de distinguer les conservateurs et les révolutionnaires, champions des opinions extrêmes, les indifférents, masse compacte, dure à entamer, mais dont quelques membres toutefois sont emportés par l'attraction puissante d'un combat passionné, les sceptiques, ces railleurs de toute doctrine qui s'applaudissent de sa chute et criblent les hommes de conviction des flèches de leur impuissante ironie...

Est-ce là tout ? Non. Il y a encore les sages. J'appelle ainsi ceux qui cherchent la vérité, en ne perdant jamais de vue les principes immuables de notre art, ceux qui la poursuivent ardemment, mais sans passion, sans préjugé, sans illusion, avec une connaissance approfondie du passé et un légitime espoir dans la marche incessamment progressive des sciences. Ces sages forment toujours la minorité, mais on brigue leurs suffrages.

Depuis quelques années, on écrit ou l'on enseigne dans tous les grands centres scientifiques, moins peut-être en France qu'en Allemagne et en Angleterre, que la pneumonie doit être traitée par l'expectation ; que l'expectation est la seule et vraie méthode rationnelle, parce que, outre qu'elle n'entrave pas la marche naturelle d'une maladie qui tend spontanément à la guérison, elle laisse à l'organisme, dans toute leur intégrité, les forces dont il aura besoin

pour la période des crises ou pour celle de la convalescence. Mais ce n'est pas assez de proclamer la supériorité de la médecine expectante ; la logique pousse au delà. N'est-il pas évident, en effet, que s'il est bon et salutaire d'attendre, il est mauvais et nuisible d'agir ? Aussi, en même temps qu'on exalte l'expectation, on blâme, on anathématise la médecine active, on raille, on injurierait même ceux qui croient encore à l'efficacité des remèdes, à l'heureuse intervention du médecin, et, à plus forte raison, ceux dont la naïveté ou la présomption va jusqu'à s'imaginer qu'on peut juguler la maladie.

Je n'exagère pas. Sous cette forme absolue, l'expectation dans la pneumonie a été prêchée en Angleterre et en Allemagne. On a dressé d'immenses colonnes de chiffres, plus propres à effrayer qu'à convaincre. Et comme on sentait bien que la statistique n'est pas sans appel en médecine, qu'elle devient une arme émoussée aux mains de l'empirisme, on s'est empressé de chercher la cause intime de ces résultats pour les expliquer, on a tenté de dissimuler l'insuffisance de la sécheresse du nombre appliqué au fait brut, sous le prestige de la théorie.

Ce n'est pas d'hier qu'on écrit, qu'on parle et qu'on procède ainsi. Il y a eu de tout temps, plus encore aux premiers âges de la médecine qu'à notre époque, des médecins systématiquement expectants. Leur doctrine et la pratique qui en est le corollaire, découlent d'une confiance sans bornes en la puissance médicatrice de la nature. La nature ! la nature ! s'écrient-ils. Pourquoi la torturer ? Pourquoi travailler l'organisme par des médications actives ? Pourquoi le spolier de ses humeurs, l'irriter, l'hyposthéniser, l'exciter, le calmer, etc., s'il est bien prouvé que les éléments sains qui restent en lui triompheront un jour ou l'autre des éléments morbides, si cet équilibre des forces organiques momentanément troublé doit être ramené par un acte énergique de vitalité aux conditions statiques qui constituent la santé ? — Ce langage, on le comprend quand il s'agit d'affections légères qui marchent en toute liberté et spontanément vers une solution prompte et favorable, et dont il est facile, dès les premiers jours, de pressentir l'heureuse terminaison. Encore faut-il convenir que, quelle que soit leur bénignité, il vaudrait mieux les enrayer, et que cette pratique, si elle n'était plus incommode ou plus dangereuse que le mal, serait en même temps plus digne du médecin et plus appréciée du malade. Mais les partisans de l'abstention que feraient-ils dans les cas trop fréquents où la lutte est incertaine entre la vie pathologique et la

vie saine, si je puis ainsi parler? Resteront-ils spectateurs impassibles d'une évolution morbide dont il n'est pas toujours possible, quoi qu'ils disent, de prévoir les tendances bonnes ou mauvaises? Jusqu'où ira leur foi robuste en cette nature médicatrice, si vantée, si admirée? Auront-ils jusqu'au bout le courage ou l'entêtement du fatalisme? Ne reculeront-ils pas devant la responsabilité de l'événement?

Deux savants, deux médecins illustres, Magendie et Biett, ne craignaient pas de s'abstenir systématiquement de toute médication active dans le traitement de la pneumonie, à une époque où l'expectation appliquée à cette maladie était loin d'être en faveur. Obéissaient-ils à une conviction puisée dans l'observation des faits, ou inspirée par des idées théoriques? Etait-ce chez eux originalité, ennui de suivre une pratique qui leur paraissait banale et routinière? Je ne sais; toujours est-il que leur audace fit grand bruit dans la sphère de leur enseignement, et qu'elle fut, dit-on, justifiée par le succès; car, à si peu de frais, ils obtinrent des cures qui passaient pour merveilleuses. Cependant leur exemple ne fut pas suivi. Notre éminent collègue, M. Grisolle, dont l'autorité en pareille matière est incontestable, écrivait, dans son remarquable *Traité de la pneumonie*, que l'expectation comme les saignées excessives n'avaient pas produit des succès tellement nombreux, que l'une ou l'autre de ces deux méthodes dût être acceptée d'une manière exclusive par tout le monde. Il ajoutait qu'on ne connaissait pas encore assez la marche, la durée et la terminaison la plus fréquente de l'affection, pour apprécier d'une façon tout à fait rigoureuse la valeur relative des diverses méthodes thérapeutiques préconisées contre les pneumonies; et après avoir démontré l'insuffisance de ces données, il avouait qu'il n'avait pas osé se livrer lui-même à l'expérimentation sur une large échelle. Ce qu'il n'avait pas osé, d'autres le tentèrent. D'abord vint l'homœopathie, Tessier en tête, avec quarante et une observations où l'on comptait trente-huit guérisons et trois morts. Quel triomphe! et quelle médication ne s'inclinera pas devant la prodigieuse puissance du globule de bryone ou de phosphore! Pourtant, si brillant qu'il parût, ce prétendu succès des globules ne convertit personne. On vit bien que la pratique homœopathique n'était rien autre chose qu'une expectation déguisée, et qu'à celle-ci revenait tout l'honneur de la guérison. Si ce résultat inattendu ne profita pas à l'homœopathie, il fit réfléchir quelques médecins et déconcerta leurs idées sur la prognose de la pneumonie. Ainsi, Valleix, qui avait enseigné que la

pneumonie est une affection redoutable, faisant de nombreuses victimes, écrit en 1850, après la publication de l'ouvrage de Tessier, que la crainte de la pneumonie est exagérée, qu'on lui a fait une mauvaise réputation, que sa guérison la rend féconde en illusions thérapeutiques.

Je viens de tracer ce qu'on pourrait appeler la première phase de la révolution qui se préparait contre l'antique traitement de la pneumonie. Biett et Magendie, Tessier et les homœopathes prouvent par des faits que la pneumonie abandonnée à sa marche naturelle, ou, ce qui revient au même, traitée par les globules de bryone et de phosphore, se termine généralement d'une manière favorable vers le septième ou le neuvième jour.

La voie de l'expérimentation était ouverte. On pouvait deviner que des résultats si imprévus tenteraient les chercheurs, séduiraient les esprits inquiets, ceux qui sont mécontents du passé parce qu'ils sont avides de nouveautés. On attendait des conclusions, on les désirait plus générales et plus rigoureuses. Elles surgirent des faits observés, avec un caractère absolu qu'elles n'avaient pas eu jusqu'alors. Pour tout homme qui a traversé plusieurs périodes scientifiques, et qui connaît par expérience la grandeur et la décadence des doctrines médicales, il était visible que l'heure du combat avait sonné, et que les partis, jusque-là confondus, allaient en venir aux mains. — C'est ce qui eut lieu. Le premier coup partit de l'école de Vienne. Dietl (1) publie en 1853 ses nombreuses statistiques : il a perdu 17 pneumoniques sur 89 cas en employant une médication énergique, et seulement 14 sur 86 par l'expectation. De 1847 à 1850, 750 pneumonies ont été traitées sans qu'on ait pratiqué une seule saignée : sur ce nombre 681 sujets ont guéri, 69 sont morts. La mortalité a donc été seulement d'un onzième. Selon Dietl, la production du pus est le résultat d'un mauvais état général que les médications qui débilitent et dépriment provoquent souvent, mais n'empêchent jamais. Quand on a le courage et la patience de s'abstenir, l'exsudation plastique passe rarement à la purulence. Enthousiaste de sa statistique, l'auteur déguise mal son hostilité contre l'emploi de la saignée, et s'il ne dit pas que dans la pneumonie on meurt bien plus par le fait du traitement que par celui de la maladie, il a bien l'air d'en être convaincu.

L'attaque était ouverte ; elle appelait la controverse. Un observateur méthodique et consciencieux, dégagé des préjugés de l'école

---

(1) *Statistique de la saignée dans la pneumonie.* Vienne, 1853.

de Vienne, Wunderlich [1], professeur à Leipzig, se chargea de répondre. Ses recherches, basées comme celles de Dietl sur des relevés statistiques, mais empreintes d'un esprit plus philosophique et plus médical, le conduisirent aux résultats suivants : Après la phlébotomie pratiquée de bonne heure et à assez haute dose, les cas moyens et graves de pneumonie se trouvent dans des conditions au moins aussi favorables que les cas les plus légers abandonnés à l'expectation. — Dans les formes graves, si l'on a recours à la saignée, les chances de guérison sont aussi grandes vers le quatrième jour que dans les formes les plus bénignes soustraites à ce mode de traitement. Enfin, dans les pneumonies moyennes ou graves, on n'a jamais vu, avec l'expectation, une curation aussi rapide que dans la moitié des cas moyens ou graves traités par la saignée au début. Les résultats les plus avantageux paraissent avoir été obtenus par l'emploi simultané du tartre stibié et de la saignée. De toutes ces observations, Wunderlich conclut que la décroissance de la maladie, qu'il appelle la défervescence, a lieu entre le sixième et le septième jour. Ces résultats sont identiques avec ceux qu'avait obtenus M. Grisolle en expérimentant sur une petite échelle, car il ne traita comparativement que 11 cas par l'expectation et 13 par des médications actives. Tous ces cas se terminèrent par la guérison ; mais ceux traités par la méthode expectante eurent une durée plus longue, eu égard au peu de gravité des phénomènes généraux et locaux ; tandis que les autres marchèrent plus rapidement vers la disparition des phénomènes locaux ou généraux et la résolution de l'engorgement. De ces essais M. Grisolle eut la sagesse de ne pas tirer des conclusions absolues.

L'expectation, appliquée systématiquement au traitement de la pneumonie, fit de nombreux prosélytes dans tout le nord de l'Europe. En Suède, Magnus Huss se déclara partisan des idées de Dietl. En Angleterre, M. Bennett apporta en faveur de sa méthode les chiffres suivants : sur 648 pneumonies traitées, il y eut 222 morts ; plus tard, la saignée étant exclue du traitement, on compta 62 guérisons sur 65 cas. Mitchell, M. Bourgeois (d'Étampes) et beaucoup d'autres observateurs peuvent être classés au nombre des adhérents.

Nous n'avons pas la prétention d'épuiser la liste de tous les travaux qui ont été dirigés contre l'emploi d'une médication active dans le traitement de la pneumonie, et encore moins d'en donner une analyse détaillée. Mais, après avoir démontré que la statistique

---

[1] *Influence de la saignée dans la pneumonie.* *Arch. f. phys. med.*, 1856.

fut l'arme dont se servirent ces observateurs pour attaquer l'ancienne méthode curative, il sera peut-être curieux de faire voir comment le résultat empirique fut expliqué et justifié par la théorie.

Dietl avait dit que la saignée aggrave l'état général en déprimant les forces, et fait passer l'exsudation plastique à la purulence, c'est-à-dire la pneumonie du second au troisième degré. C'est là une assertion que rien ne légitime et qui n'a d'autre valeur que celle d'une hypothèse plus ou moins probable. Que dans quelques cas, en effet, la saignée, inconsidérément pratiquée, puisse nuire, personne ne le mettra en doute; mais ce qu'il est plus difficile d'admettre, c'est qu'elle convertisse une pneumonie exsudative en pneumonie purulente, car la mauvaise tendance d'une pneumonie dépend de sa nature, de la constitution épidémique ou de l'idiosyncrasie des malades. Nous ne pensons pas qu'il soit possible de faire naître à volonté la purulence à l'aide des saignées; et, jusqu'à preuves positives, nous rejetons l'explication. Bien moins encore adoptons-nous la théorie de M. Bennett : elle est tellement étrange, qu'elle porte en elle-même sa réfutation. Ce médecin, qui croit que les principes sur lesquels a reposé jusqu'ici l'emploi de la saignée et des remèdes antiphlogistiques sont opposés à une saine pathologie, et que l'inflammation une fois constituée ne peut être jugulée, proscrit aussi tout traitement actif et abandonne la maladie à sa marche naturelle. Mais sait-on pourquoi? Précisément parce qu'il faut que ce que craint Dietl, et avec lui tous les médecins, s'accomplisse; parce qu'il faut, pour que la terminaison soit favorable, que l'exsudat fibrineux devienne purulent, que la pneumonie passe du second au troisième degré. La formation du pus est la condition du salut. Toute médication active pourrait troubler la nature dans cette transformation salutaire qui convertit la fibrine en pus. Voilà à quelles aberrations un homme de la plus grande valeur s'est laissé entraîner par l'abus du microscope. N'est-il pas à craindre que le spectacle absorbant de l'évolution et de l'involution des infiniment petits, émousse le sens médical et fasse perdre de vue les grandes indications qui sont la base de toute thérapeutique rationnelle? Abandonnera-t-on, pour de hardies hypothèses, les leçons de l'expérience et les glorieuses traditions du passé? Croit-on que, quand on aura remplacé la simple et féconde notion de la vie que nous a léguée l'antiquité, pour la théorie cellulaire, que, quand on aura concentré toute l'activité vitale dans l'élément microscopique, on aura fait faire un grand pas à notre science et à notre art?

Tel est en abrégé l'historique de l'expectation appliquée au trai-

tement de la pneumonie. Je n'ai voulu en donner qu'une esquisse pour montrer le chemin qu'elle a parcouru depuis quinze ou vingt ans. Partout elle a fait de nombreux prosélytes, et dans quelques contrées, elle a pris une extension immense, que ne faisaient prévoir ni ses débuts timides, ni la solidité apparente de la pratique opposée. Faut-il en conclure qu'après avoir fait table rase des médications dites actives, elle est le dernier mot de la thérapeutique, en fait de phlegmasie pulmonaire? Ne sommes-nous pas en droit, la voyant si ambitieuse, de lui demander compte de ses prétentions? Quels sont les services qu'elle a rendus, quels sont ceux qu'on en peut attendre? Quel est le rang qu'elle doit occuper dans le traitement de la pneumonie? A quels cas bien précisés s'appliquerait-elle rigoureusement?

Allons au fond des choses : ne nous laissons abuser ni par les mots ni par les théories ; serrons les faits de près et voyons ce qu'ils nous enseignent.

Quand on dit que le médecin doit s'abstenir de toute médication active dans le traitement d'une maladie, on avoue implicitement : ou bien que cette maladie ne présente pas d'indications, ou bien que, si elle en présente, nous nous trouvons dans l'impossibilité de les remplir, soit parce que nos agents thérapeutiques sont inertes et inefficaces, soit parce qu'ils produisent des phénomènes morbides qui aggravent ceux qui existaient déjà, au lieu de les atténuer et de les faire disparaître.

Qu'il y ait une maladie qui ne présente pas d'indications, c'est ce que personne n'osera soutenir. En supposant ses manifestations aussi vagues, aussi indécises que possible, en admettant qu'elles échappent par leur légèreté, leur fugacité, leur nature bizarre et insaisissable, à toute médication connue, il est évident qu'elles constituent un état morbide, et qu'en face de cet état morbide, le rôle du médecin et son premier devoir serait de le détruire, si cela était en son pouvoir. — La guérison immédiate et radicale, à n'importe quelle période d'une maladie, voilà, avec l'hygiène qui a pour mission de la prévenir, le but suprême et l'idéal de notre art! C'est là l'indication fondamentale à remplir, celle que les malades surtout sentent et comprennent, qu'ils nous imposent impérieusement, et que nous ne pouvons éluder qu'en accusant l'infériorité de nos moyens thérapeutiques!

Malheureusement, et c'est un fait trop bien établi, il existe un grand nombre d'états pathologiques qui échappent à nos moyens d'action; malgré tout ce que nous pouvons faire, ils parcourent

fatalement leurs périodes. De ce nombre sont les fièvres, si l'on en excepte les intermittentes, dont on peut couper les accès à l'aide du sulfate de quinine. Sans doute, nous avons bien quelque prise sur ces sortes de maladies; nous pouvons les simplifier en prévenant ou en faisant disparaître les complications; nous pouvons diriger leurs tendances, atténuer leurs symptômes, placer, en un mot, l'organisme dans les conditions les plus propres à assurer la régularité de l'évolution pathologique. Mais voilà tout : il faut que la maladie évolue. C'est forcé, du moins jusqu'à présent. Que faire ? Attendre, nous résigner au rôle d'observateur qui ne peut dominer la maladie, n'ayant en mains que des palliatifs. L'inutilité d'une méthode active de traitement dirigée contre la maladie elle-même pour l'arrêter, ayant été maintes fois constatée, nous sommes bien condamnés à l'abstention. C'est une nécessité dont nous subissons le joug. L'expectation n'est donc et ne sera jamais qu'une abstention forcée, une pratique que nous suivons faute de mieux, que nous pouvons régler, diriger méthodiquement, graduer suivant les cas, mais qu'il faut toujours considérer comme quelque chose de provisoire et ne point ériger en système, surtout en système absolu de curation. Ceux qui vantent tant l'expectation, qui en paraissent aussi fiers que de la découverte d'un remède actif et d'une efficacité constatée, que font-il ? Ils se glorifient et se réjouissent de notre impuissance.

Mais cette impuissance dans le traitement de la pneumonie est-elle aussi complète qu'on veut bien le dire? Je parle, bien entendu, de la pneumonie franche, de la pneumonie exsudative et lobaire. On prétend que les phlegmasies sont, comme les fièvres, soustraites, la plupart du temps, à nos moyens d'action; qu'une fois constituées, il est impossible de les arrêter. On nous parle, pour nous consoler, de guérisons spontanées, d'évolutions régulières, de crises heureuses, de terminaisons favorables; on se pâme d'admiration devant le travail salutaire de la nature... Certainement, la maladie est un drame plein d'intérêt, on ne peut le nier ; c'est un spectacle émouvant qu'il est beau de contempler des hauteurs de l'observation philosophique. Mais, quand on descend dans la pratique, et que de spectateur on devient acteur, il me semble que le point de vue doit un peu changer. Je ne pourrais pas dire si les phlegmasies, et parmi elles la pneumonie, ont une marche et une durée qu'on ne peut modifier. C'est un point qui ne me paraît pas encore complétement élucidé. Malgré les affirmations de quelques physiologistes, je ne vois pas pourquoi il nous serait impossible, en traitant dès le

début une phlegmasie pulmonaire, de la faire avorter, comme les chirurgiens font quelquefois avorter un phlegmon naissant? Mais, même en admettant que cette fatalité pèse sur la maladie et que par là elle se rapproche des fièvres (ce qui est vrai de quelques pneumonies), il me paraît hors de doute que, dans les cas ordinaires, les moyens thérapeutiques ont plus de prise sur cette maladie que sur les pyrexies. Les saignées, le tartre stibié, pour ne parler que des principaux, trouvent dans la pneumonie des indications bien claires, bien définies, et ces médications produisent en général l'effet que nous en attendons. On dit qu'elles ne guérissent pas, qu'on peut guérir sans elles; on en conclut qu'elles sont inutiles. Je réponds : J'affirme, et j'espère que je ne suis pas le seul, que, si elle ne guérissent pas, elles améliorent singulièrement. Qui de nous, dans la période d'augment, et bien avant la période des crises, n'a vu une saignée copieuse ou modérée, suivant les cas, produire un soulagement merveilleux qui ressemble à une résurrection? Il en est de même du tartre stibié administré avec opportunité. Les effets curatifs sont bien connus; il y a des expectants qui ne les contestent pas, mais ils objectent que si les indications sont remplies, la maladie n'en est guère améliorée; qu'il en résulte, au contraire, une faiblesse immédiate, une prostration des forces qui entrave l'énergie de la nature médicatrice et prolonge indéfiniment la convalescence.

Eh bien, j'ose encore affirmer qu'on peut, en général, sans danger pour le malade, déférer aux indications de la saignée et du tartre stibié. J'en appelle à tous les praticiens prudents, à tous ceux qui manient les médications et les médicaments avec circonspection, c'est-à-dire dans la mesure qui convient au malade et à la nature de la maladie. — Ne croirait-on pas, à entendre certains expectants systématiques, que le médecin qui pratique une saignée, vide le système vasculaire et tarit les sources fécondes où la vie puise le principe de ses forces? qu'en administrant du tartre stibié, il prostre, sidère ou empoisonne son malade? Après avoir traversé une période où le sang se versait à profusion, de réaction en réaction nous avons fini par ne plus saigner du tout. C'est une mode. Il ne sera bientôt plus question de la saignée que dans les traités de chirurgie! En vérité, n'y a-t-il pas là une exagération déplorable qui porte préjudice au malade, en même temps qu'elle déprécie notre art?

Je viens de m'élever contre l'abus de l'expectation. Je crois qu'on essayera vainement de la substituer, dans tous les cas, aux médications actives. La révolution contre l'ancien traitement de la pneu-

monie ne sera pas aussi radicale que pouvaient le faire supposer le bruit qu'elle a fait, le nombre et la valeur des hommes qui y ont travaillé. Du reste, elle est encore très-incomplète; elle n'a pas porté tous ses fruits parce que les statisticiens, dont je vous ai parlé jusqu'ici, n'ont pas poussé assez loin l'analyse pathologique dans leurs observations. Quand on veut comparer deux méthodes de traitement, il est indispensable de les appliquer à des cas de même nature et placés, autant que possible, dans des conditions identiques. Il est évident, en effet, que la statistique, en pathologie, ne peut donner des résultats de quelque valeur que si elle repose sur des faits parfaitement définis. Ce qu'on doit exiger d'elle, c'est, comme l'a fait remarquer un illustre pathologiste, M. Louis, avec le nombre, l'appréciation précise et rigoureuse de chaque cas, de telle sorte qu'on puisse dire exactement ce qu'exprime tel ou tel chiffre. Or, un chiffre est peu compréhensif; il ne peut pas embrasser des états pathologiques multiples et dissemblables. Il ne s'adapte réellement d'une manière à peu près satisfaisante qu'à des unités morbides irréductibles. — Or, la pneumonie, mot par lequel on désigne d'une manière générale tous les états pathologiques du poumon, mais par lequel nous n'entendons désigner ici que l'inflammation vraie du parenchyme pulmonaire, la pneumonie, ainsi comprise, n'est point une unité pathologique irréductible. Elle se divise et se subdivise en espèces, en formes, en variétés. Les constitutions saisonnières, les épidémies modifient sa manière d'être, et chaque individu, par sa constitution, son tempérament, son idiosyncrasie en un mot, lui imprime une physionomie spéciale. En pathologie, on peut disserter sur la pneumonie, comme entité morbide; mais en pratique, le type disparaît, et au lieu d'une pneumonie abstraite on a des pneumonies et surtout des pneumoniques.

Entre tous ces cas, que de différences! Voici, par exemple, une pneumonie à évolution si rapide, à symptômes si effacés, si éphémères, qu'elle ne laisse pas au médecin, comme le dit Bordeu, le temps de placer une saignée. Par contre, en voici une autre sursaturée d'éléments inflammatoires, dont la fièvre véhémente, l'atroce point de côté, l'insupportable angoisse respiratoire réclament impérieusement une saignée copieuse ou des saignées coup sur coup. Vous parlerai-je aussi de ces pneumonies malignes, avec prédominance d'ataxie et d'adynamie; des pneumonies fébri-phlegmasiques qui parcourent tous les degrés de l'échelle morbide qui sépare l'inflammation des pyrexies; de celles qui se rattachent à des états pathologiques antérieurs et éloignés; de celles qui sont sous la dépen-

dance d'une influence diathésique évidente ou cachée; de celles qui sont provoquées par les profondes modifications qu'une hygiène déplorable imprime à l'organisme, etc., etc.? Avouons que quand on se met à considérer toutes ces diversités d'une même maladie, on s'étonne de voir des praticiens suivre dans tous les cas une méthode unique de curation!

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Traitement du bec-de-lièvre chez les enfants.

Par M. P. Guersant, chirurgien des hôpitaux.

Nous indiquerons de suite, sans nous occuper de ses causes, les différents genres de cette difformité qu'on rencontre chez les enfants; nous laisserons aussi de côté ce qui a rapport au bec-de-lièvre accidentel, pour ne parler que du bec-de-lièvre congénital.

Ce vice de conformation, quelquefois héréditaire, que les enfants apportent en naissant, s'observe surtout à la lèvre supérieure et très-rarement à l'inférieure; il en existe de trois genres :

1° Bec-de-lièvre simple; 2° bec-de-lièvre double; 3° bec-de-lièvre compliqué.

Le bec-de-lièvre simple (fig. 1) consiste dans une division de la lèvre supérieure, sur l'un des points latéraux de la ligne médiane; cette division correspond à l'une des narines, et s'étend du bord libre de la lèvre en se dirigeant vers la narine, dont elle approche plus ou moins; quelquefois on observe une petite bride, un petit pont, passant d'un bord à l'autre près de la narine. Nous avons vu la difformité consister en une espèce de brèche très-peu étendue, ou bien se prolonger jusque dans l'intérieur de la na-



Fig. 1.

rine. Nous avons eu aussi occasion d'observer des becs-de-lièvre à moitié cicatrisés lorsque les enfants arrivaient au monde, la cicatrice étant tout à fait semblable à celle obtenue par l'art. Les bords libres de cette solution de continuité sont rosés, comme les bords des lèvres, et se trouvent recouverts par le prolongement de la muqueuse labiale. Quelquefois il y a un écartement très-faible, d'autres fois très-grand ; il existe aussi dans quelques cas des adhérences aux gencives.

La première question qui se présente au point de vue du traitement est celle-ci : Faut-il opérer toujours à la naissance, le lendemain, le surlendemain, les becs-de-lièvre simples, ou bien faut-il les opérer plus tard ? Bonfils, père et fils, Buth, étaient partisans de l'opération faite dès la naissance. En 1845, M. Paul Dubois et ses élèves remirent cette pratique en vigueur. M. Danyau et d'autres chirurgiens ont réussi ; nous avons nous-même opéré à la naissance avec succès. Cependant l'expérience que nous avons acquise nous a appris, de même qu'à ceux qui ont remis en vigueur l'opération à la naissance, que pratiquée à ce moment, elle était loin de donner toujours des succès. Si on réussit assez souvent, on échoue aussi dans beaucoup de cas ; c'est pourquoi nous opérons le bec-de-lièvre simple un mois environ après la naissance de l'enfant ; à cette époque, on peut voir si ce dernier est vivace, s'il se nourrit bien, ce dont on n'est pas certain le lendemain de la naissance ; alors, il a passé l'époque de la jaunisse des nouveau-nés, et l'on peut avoir plus de confiance dans le résultat de l'opération ; en cas d'épidémie de variole, il nous est permis aussi de vacciner les sujets, ce qui met encore à l'abri d'une cause d'insuccès, surtout dans les hôpitaux.

Dans tous les cas, nous sommes d'avis d'opérer dans le premier mois les becs-de-lièvre simples, car, 1° l'adhésion est plus facile à cet âge ; 2° l'enfant est exempt de crainte, il criera peu après l'opération ; 3° la suture ne l'empêchera pas de teter à l'instant même, sans que l'on ait l'appréhension de voir se produire l'écartement des lambeaux. Dans tous les cas, l'opération faite à cet âge ne compromet pas la santé de l'enfant, et si l'on échoue, cela n'empêche pas de tenter de nouveau l'opération au bout de quelques mois.

Manuel opératoire. — Un bistouri, ou des ciseaux droits un peu forts ; des aiguilles à bec-de-lièvre droites, en argent ou en acier, à pointe mobile, ou de simples épingles d'Allemagne ; des fils de soie cirés ; des fils d'argent, qui ne coupent pas plus que les autres

en les serrant modérément; des aiguilles courbes ou droites, avec chas assez large pour passer un fil de soie double; les aiguilles à écrou, de Thierry (fig. 2), qui nous ont donné de bons résultats : tel est l'appareil instrumental nécessaire, auquel il ne manquera rien si on y ajoute un ténaculum.

L'enfant doit être placé sur un aide, qui est assis et qui presse la tête contre sa poitrine, en ayant, en outre, la précaution de tenir les deux bras de l'enfant avec la main restée libre; le chirurgien, placé devant l'enfant, ayant à côté de lui les instruments indiqués et de plus une éponge légèrement imbibée d'eau, procède : 1° à la section des bords de la division. Un second aide se tient prêt à comprimer avec les doigts la lèvre, dont on coupe l'artère coronaire et qui donne du sang. On peut se servir des doigts de la main gauche pour saisir l'épaisseur de la lèvre, ou bien la traverser d'un ténaculum vers l'angle inférieur; alors, soit avec le bistouri, soit avec les ciseaux, ce que nous préférons, on coupe d'abord les brides qui retiennent quelquefois les lambeaux, on enlève la partie rosée du bord d'un des lambeaux, on fait une section verticale de l'autre côté de la même manière; on peut aussi, avec les ciseaux, couper d'un côté l'angle inférieur, en laissant un petit lambeau à la partie inférieure de l'autre côté, de sorte qu'en rapprochant les deux bords, le petit lambeau vient s'appliquer sur l'angle coupé; de cette manière, on empêche l'encoche qui s'observe si souvent en faisant les deux sections verticales.

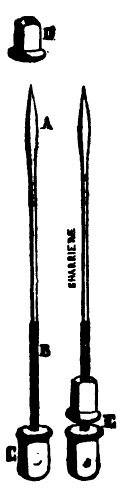


Fig. 2.

2° Une fois les bords de la solution de continuité rendus saignants et mis ainsi dans des conditions de réunion, on a conseillé plusieurs espèces de sutures; nous devons dire qu'après les avoir employées successivement, nous ne saurions adopter néanmoins la suture entortillée, que beaucoup de personnes mettent en usage; nous trouvons que cette suture doit être faite avec beaucoup de soin pour réussir; souvent on la serre plus qu'on ne veut, et l'épingle coupe d'arrière en avant. Nous préférons donc l'aiguille de Thierry, qui est à fer de lance mobile, lequel une fois enlevé, permet de visser sur elle un petit écrou qu'on peut serrer ou desserrer à volonté, à l'aide de deux petits porte-écrous, dont l'un est fixe et forme la tête de l'aiguille, et dont l'autre, mobile à volonté, se place après l'extraction du fer de lance, et se visse sur les pas de

vis qui sont sur l'aiguille ; à l'aide de ce moyen, on rapproche à volonté les bords de la solution de continuité (fig. 3).

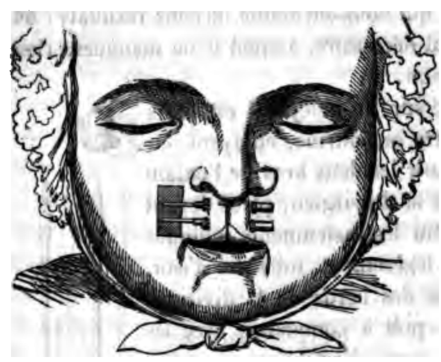


Fig. 3.

Lorsqu'on n'a pas ces aiguilles, on peut employer le procédé de M. Mirault, d'Angers, que nous mettons presque exclusivement en usage : il consiste à faire des points de suture séparés à l'aide d'une aiguille courbe garnie d'un fil de soie double, ou d'un fil d'argent qui réussit très-souvent dans les mains de plusieurs chirurgiens, et dans ce moment dans celles de M. Giraldès, mon successeur à l'hôpital.

3° Une fois les fils placés au nombre de deux ou trois, suivant la hauteur de la lèvre, nous n'employons plus de bandages comme anciennement ; ils glissaient et devenaient plus nuisibles qu'utiles : si l'on a pris les épingles, lorsqu'elles sont trop longues, il faut en couper les extrémités.

Les soins consécutifs à donner à l'enfant sont très-importants : il faut, si on opère un nouveau-né, ne pas craindre de lui faire prendre le sein ; mais, toutes les fois qu'il crie, il est indispensable de placer sur l'une des joues le pouce, et sur l'autre l'indicateur et l'annulaire de la main droite ou gauche, afin d'empêcher par la pression l'écartement des commissures des lèvres qui tirent sur la suture ; on ne doit cesser cette pression que lorsque l'enfant s'endort et ne crie plus. Cette précaution, étant bien mieux prise en ville par les nourrices ou les mères des enfants qu'à l'hôpital, offre une grande chance de succès.

Nous avons cherché à enlever les points de suture le troisième et le quatrième jour, d'abord un, puis l'autre le lendemain ; mais nous avons reconnu avantageux, comme l'indiquent M. Mirault, d'Angers, M. Giraldès, d'attendre au moins sept à huit jours et même plus : ils ne nuisent que lorsqu'ils sont mal placés ou trop serrés. Quelle que soit l'époque où on retire les points de suture, il ne faut pas de suite les enlever tous, il faut finir par ôter celui qui est sur le point correspondant au bord de la lèvre. Le jour où on enlève le dernier point de suture, il est bon, par précaution, d'appliquer une

longue bandelette de bon taffetas d'Angleterre qui soutienne la cicatrice.

Du bec-de-lièvre double. — Le bec-de-lièvre double consiste dans une division de chaque côté de la ligne médiane de la lèvre, de sorte que ces deux divisions, qui sont plus ou moins régulières, sont séparées par un lobule médian qui varie aussi de largeur et de hauteur : quelquefois il est très-court et très-étroit.

Nous dirons pour le bec-de-lièvre double ce que nous avons dit pour le simple : opérer à un mois environ, ne pas opérer les deux côtés en même temps. Notre pratique nous engage à mettre de préférence trois semaines ou un mois entre les deux opérations ; on a plus de chances de succès qu'en faisant les deux sutures le même jour. Pour les sutures, nous employons aussi les points séparés de préférence, avec fils de soie ou fils d'argent.

Toutes les précautions indiquées pour le bec-de-lièvre simple le sont aussi pour le bec-de-lièvre double. Nous devons ajouter que quelquefois, lorsque le lobule moyen est trop court ou trop étroit, on le sacrifie et on réduit ainsi le bec-de-lièvre double à l'état d'un bec-de-lièvre simple ; d'autres fois, le lobule peut être trop court, mais assez large à sa base pour être rafraîchi à droite et à gauche, et former un triangle qu'on peut conserver, en l'ajustant aux deux lambeaux latéraux, soit en le traversant à sa base par une longue aiguille, soit en le fixant de chaque côté à l'aide de points passés.

Du bec-de-lièvre compliqué. — Le bec-de-lièvre compliqué présente une foule d'espèces et de variétés. Il peut exister une solution de continuité simple à la lèvre avec échancrure au bord alvéolaire ; quelquefois division de la voûte palatine seulement jusqu'au voile du palais ; dans certains cas, division du voile du palais sans division de la voûte palatine ; dans d'autres cas, division de l'un et de l'autre. On peut aussi rencontrer ces dernières divisions avec un bec-de-lièvre double.

Dans tous ces cas, il est prudent de laisser de côté les différentes complications, et de s'occuper seulement (dans l'enfance) de la division de la lèvre. On peut faire comme nous l'avons dit pour le bec-de-lièvre simple et pour le bec-de-lièvre double. Alors on ne s'occupe que plus tard de la division de la voûte et du voile du palais ; avec le temps, ces parties divisées tendront à se rapprocher un peu, et alors, à l'âge de douze à quinze ans, époque à laquelle les sujets sont plus dociles, on s'occupera de la question de rapprocher le voile du palais, suture qui réussit quand il est seul divisé ; peut-être même pourra-t-on songer aussi à combler la fissure palatine ;

cependant, pour cette partie osseuse, nous préférons les obturateurs que l'on fait maintenant avec une grande habileté, et qui, selon nous, sont plus utiles que toutes les réunions plus ou moins difficiles, plus ou moins imparfaites, que plusieurs chirurgiens ont tenté d'exécuter.

Il nous paraît utile, en attendant l'époque où on pourra essayer l'usage d'un obturateur ou bien les réunions à l'aide des sutures, de mettre en usage très-longtemps et presque continuellement, au moins pendant la nuit, un compresseur ayant pour but de comprimer les parties latérales des maxillaires supérieurs ; on gagne toujours un peu de rapprochement à l'aide de ce moyen.

Une complication beaucoup plus grave, à laquelle on a donné le nom de *gueule de loup*, consiste dans la difformité suivante : La lèvre est divisée sur la ligne médiane d'une manière plus ou moins irrégulière, avec un écartement très-variable ; les deux os maxillaires supérieurs laissent aussi un écartement très-variable, et souvent on voit le vomer suspendu dans cet écartement. Il se prolonge en avant, et chasse l'os incisif entre l'écartement de la lèvre ; on voit cette extrémité osseuse pousser le lobule médian de la lèvre, qui arrive au bout du nez plus ou moins relevé : les ailes du nez sont plus ou moins écartées, plus ou moins déformées.

En général, les difformités que je viens d'indiquer présentent différentes modifications plus ou moins variées ; mais, au fond, elles sont cependant la plupart analogues : non-seulement elles rendent la figure des enfants repoussante, mais leur créent les plus grandes difficultés pour prendre le sein, car ils ne peuvent serrer le mamelon et ne peuvent être, dans beaucoup de cas, nourris qu'au biberon ou à la cuiller, et encore faut-il prendre les plus grands soins pour que les liquides ne reviennent pas par le nez. On sait aussi combien les enfants qui ont ces genres de difformités parlent mal et ont de la peine à se faire comprendre, à mesure qu'ils avancent en âge. Nous avons vu pourtant des adultes, et entre autres le père d'un enfant atteint comme lui, qui était arrivé à parler assez facilement, et à se faire comprendre journellement d'un personnel nombreux d'ouvriers qu'il dirigeait : il s'était appliqué constamment à prononcer avec beaucoup d'attention.

En face de complications si fâcheuses, on comprend combien il est utile de remédier à ces affreuses difformités, et combien les parents sont désireux que la chirurgie intervienne. Mais autant nous sommes désireux d'opérer les becs-de-lièvre simples dans le premier mois ou dans les premières six semaines, autant nous croyons

utile de reculer de six, huit et même dix mois l'opération dans les cas de complications. En effet, bien que dans ces opérations on doive ne pas mettre en question de combler à la naissance l'écartement des maxillaires supérieurs à l'aide de la muqueuse palatine, ou même de réunir le voile du palais seulement, car ces réunions échouent à cette époque, il est pourtant très-certain : 1° que l'opération, sans s'occuper de remédier à l'écartement de la mâchoire, est nuisible et plus ou moins laborieuse, suivant la multiplicité des différents temps du manuel opératoire ; 2° que les douleurs sont d'autant plus longues qu'on se trouve obligé d'agir lentement ; 3° que l'enfant perd d'autant plus de sang qu'on le tient plus longtemps pour l'opération ; 4° qu'ayant perdu du sang, il est affaibli, et qu'il est dans de mauvaises conditions de réunion des plaies ; 5° qu'enfin, son système nerveux étant plus fatigué, il est dans un état qui peut disposer aux convulsions.

Si nous émettons franchement ces idées, c'est qu'elles sont le résultat de l'observation, c'est que nous avons été témoin non-seulement à l'hôpital, mais dans la pratique particulière, qu'en opérant dans les premiers mois, on s'exposait davantage aux insuccès, à cause de la douleur, à cause de la perte de sang qui nuit à la cicatrisation, et enfin à cause de l'épuisement du système nerveux qui dispose aux convulsions, dont la conséquence est la déchirure des sutures et même la mort.

Examinons successivement ce qu'il y a à faire suivant les diverses complications.

Il est des cas où l'écartement produit par le bec-de-lièvre est très-considérable, et quelquefois se complique d'adhérences aux gencives ; alors il faut, pour pouvoir réunir, disséquer hardiment et largement, quelquefois très-haut, sur les os maxillaires supérieurs, afin d'arriver à rapprocher les lambeaux qui ne s'affrontent souvent facilement qu'à la condition d'assez larges dissections.

Dans les cas de gueule-de-loup, on doit pratiquer toujours, au plus tôt vers dix mois ou un an, l'opération en deux ou trois temps, à distance de quinze jours ou trois semaines d'intervalle entre chacun. Ainsi dans les cas où l'os vomer fait une saillie en avant et chasse l'os incisif, on conseille d'exciser le vomer en enlevant l'os inter-maxillaire. Le premier temps de l'opération consiste alors dans une section avec les ciseaux ou le bistouri, de manière à permettre le rapprochement des deux portions de la lèvre. Avant de faire cette section, l'on doit décoller le lobule, qu'on

laissera pendant à l'extrémité du nez; il faut lui garder le plus d'épaisseur et de largeur possible : alors, lorsque l'excision des parties qu'on doit enlever est faite, lorsque les portions de la lèvre, sont rafraîchies, il faut aviver le sommet du lobule, le relever et le fixer à la partie supérieure de la section médiane. Cette dernière est d'ailleurs faite comme nous l'avons dit dans le bec-de-lièvre simple.

Si l'on ne veut pas sacrifier l'os incisif, il faut agir en deux temps, et faire dans le premier temps une perte de substance triangulaire *au vomer ;* cette section peut être pratiquée avec une pince à disséquer ou des ciseaux courbes : on taille dans le vomer un triangle dont le sommet se dirige vers la partie supérieure des fosses nasales et dont la base correspond à la partie inférieure de la cloison ; pour réaliser ce temps de l'opération, qui est assez difficile avec les ciseaux, nous avons fait construire par M. Charrière un emporte-pièce en forme de pince et dont un côté s'engage dans une narine, l'autre côté dans l'autre narine ; il permet ainsi de couper, d'un seul coup, le triangle qu'on veut enlever.

Ce premier temps de l'opération étant fait, on doit mettre sur la tête un petit bonnet de toile bien juste ; il faut ensuite, à l'aide d'une longue bandelette de sparadrap dont le milieu est appliqué sur le nez et dont on croise les extrémités derrière la tête, sur l'occiput, établir ainsi une compression qui réunit les deux parties du vomer. On peut aussi appliquer de la même manière une bande étroite roulée à deux globes, dont on applique le milieu sur le nez, et dont on porte les extrémités, en les entrecroisant, derrière la tête ; on refoule en arrière l'os incisif, et on l'engage dans l'écartement qui existe entre les deux maxillaires supérieurs, qui sont plus ou moins écartés, mais qui d'autres fois sont très-rapprochés ; cette dernière circonstance de rapprochement considérable est une contre-indication à conserver l'os incisif, qui ne peut jamais rentrer dans sa place normale. A l'aide de la longue bandelette ou à l'aide de la bande à deux globes, dont on applique le milieu sur le nez, et qu'on passe et repasse autour de la tête, on arrive, en surveillant tous les jours ce pansement, à déprimer l'os incisif, et en quinze jours environ on voit les portions du vomer divisées se souder plus ou moins solidement. C'est au bout de ce temps que l'on

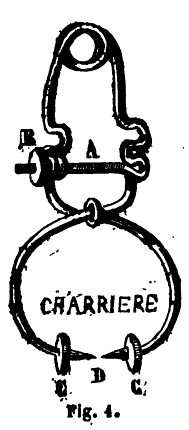


Fig. 4.

pratique le second temps de l'opération ; on n'a plus alors qu'un bec-de-lièvre double à opérer.

Dans les becs-de-lièvre très-compliqués, le nez est souvent fortement épaté, les deux parties molles, formant le bec-de-lièvre, très-difficiles à rapprocher, même en disséquant largement les adhérences. Nous nous sommes bien trouvé dans ces cas de faire faire de fortes et larges serres-fines (fig. 4), dont les pointes s'appliquent au niveau des sillons, en arrière des ailes du nez ; elles pressent assez fortement et peuvent rapprocher les parties profondes qui tendent à s'écarter ; nous avons fait mettre à ces serres-fines une tige transversale qui est à vis et permet, à l'aide d'un petit écrou, de les serrer ou de les écarter, suivant la nécessité. La serre-fine est fixée à la tête de l'enfant à l'aide d'un ruban et doit être le premier point de réunion qu'on enlève ; ainsi, on l'ôte ordinairement avant les points de suture.

Il n'est pas besoin d'ajouter qu'après les opérations simples ou compliquées, le chirurgien doit surveiller attentivement le petit malade afin de reconnaître et de combattre les complications médicales qui peuvent survenir dans beaucoup de cas.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Sur la préparation du collodion pour l'usage thérapeutique.

Par M. Adrian.

Le collodion médicinal, dont l'emploi se généralise chaque jour de plus en plus, semble, de prime abord, la préparation la plus simple et la plus facile à faire. Cependant il n'en est rien, et nous n'en voulons pour preuve que cette différence qui existe entre tous les collodions, suivant qu'ils sortent de telle ou telle pharmacie ; nous disons plus, dans la même officine chaque fois qu'on en renouvelle les éléments. C'est donc dans la composition de ces éléments mêmes qu'existe la difficulté d'obtenir cette préparation toujours et partout identique.

Le collodion est, comme chacun sait, une dissolution de fulmi-coton ou pyroxyline dans un mélange à proportions variables d'éther et d'alcool. Or, selon la solubilité plus ou moins grande du coton, selon aussi le titre plus ou moins élevé de l'éther employé,

le produit possède des propriétés essentiellement différentes. Nous allons examiner chacun de ces éléments, en entrant dans quelques détails qui ne nous paraissent pas dépourvus d'intérêt.

Sans vouloir aborder la partie scientifique de cette question, nous ne pouvons nous dispenser de dire par quelle réaction le coton passe de cet état à celui de fulmi-coton. Le coton, ou cellulose, a pour composition $C^{24}H^{20}O^{20}$. Après la réaction, le produit, qui est alors de la pyroxyle, se trouve avoir pour formule $C^{24}H^{15}O^{15}+5AzO^{5}$. On voit que de vingt proportions d'eau qui existaient dans le coton avant l'opération, cinq ont été remplacées par cinq proportions d'acide azotique. De cette réaction plus ou moins parfaite dépend la solubilité du coton, car tantôt le produit est soluble, tantôt il est presque insoluble dans l'éther alcoolisé.

Examinons quels sont les moyens propres à obtenir cette réaction ; il en est deux principaux : dans le premier, on introduit 100 parties de coton cardé dans un mélange de 1,000 grammes de nitrate de potasse fondu et pulvérisé, et 2,000 grammes d'acide sulfurique à 66°. Ce procédé, qui réussit très-bien, lorsqu'on opère sur des quantités de coton infiniment petites, laisse beaucoup à désirer si l'on atteint les proportions précitées. A tout praticien qui a répété ce mode d'opérer, nous n'apprendrons rien en disant qu'il est presque impossible que, dans le magma formé par le nitrate de potasse et l'acide sulfurique on puisse imprégner uniformément le coton, afin que toutes ses parties soient également transformées. Lorsqu'on prépare, avec le fulmi-coton ainsi obtenu, le collodion médicinal qui doit en être très-chargé, la solution n'est jamais complète, et bientôt le collodion abandonne un dépôt qui atteint souvent la moitié du flacon. Il est inutile d'ajouter que, dans ce cas, la consistance du collodion varie selon ce degré de solubilité.

Le second procédé, que les auteurs s'accordent à reconnaître comme très-avantageux, consiste dans l'emploi d'un mélange d'acide sulfurique concentré et d'acide nitrique fumant. Certes, ce mode de faire ne laisse rien à désirer, il fournit un fulmi-coton qui possède toujours sensiblement le même degré de solubilité, mais à la condition de s'entourer d'une foule de précautions indispensables sur lesquelles nous croyons qu'il est utile d'insister.

1° D'abord, supposons le coton parfait sous le rapport du choix commercial ; doit-on l'employer tel qu'on nous le fournit ? Qu'on s'en garde bien ; le coton est un corps essentiellement hygrométrique ; or, s'il est chargé d'humidité, le traitement par les acides azo-

tique et sulfurique ayant pour effet de le priver de cinq équivalents d'eau, il est évident que la réaction sera tout à fait incomplète. Les acides s'empareront tout d'abord de cette eau à l'état libre, et n'auront plus alors la même force pour enlever l'eau qui fait partie constituante du coton. De là transformation incomplète dans les molécules du coton, de là aussi variation dans la solubilité. Nous ne pouvons donc trop insister sur la nécessité absolue de dessécher le coton à la température de 100°, avant de le soumettre au traitement par les acides.

2° Les auteurs recommandent d'employer l'acide azotique à son plus haut degré de concentration. Cette observation, qui est très-judicieuse lorsqu'on veut obtenir un produit fulminant, est loin d'avoir le même intérêt quand il s'agit du fulmi-coton devant servir à faire le collodion. Nous avons remarqué que l'opération se fait très-bien avec l'acide azotique à 40°, lequel offre moins de difficulté dans la manipulation et qu'on se procure facilement dans le commerce.

3° L'acide sulfurique doit nécessairement marquer 66 degrés, et, pour l'amener à ce titre, il est indispensable de le faire bouillir pour chasser l'excès d'eau. Nous insistons sur ce point, parce qu'aucun des acides vendus sous ce titre ne le possède réellement. C'est pour avoir négligé cette observation que d'habiles manipulateurs n'ont pu réussir à obtenir d'excellents résultats. Cela s'explique quand on sait que pour un seul degré au-dessous, cet acide est composé de 10 parties d'eau et 90 parties d'acide monohydraté, ce qui le rend évidemment moins propre à s'emparer de l'eau de constitution du coton.

Après s'être assuré de la composition exacte des acides et avoir soumis le coton à une température de 100°, on verse 1 kilogramme d'acide sulfurique à 66° dans 500 grammes d'acide nitrique à 40°. On laisse refroidir le mélange jusqu'à la température de 30 degrés environ; on y introduit 55 grammes de coton, en ayant soin de les ajouter par portions et peu à peu, afin d'éviter un trop grand développement de chaleur. Le tout est abandonné pendant vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures, selon que la température est de 35, 25 ou 15 degrés centigrades. Lorsque le coton est rendu entièrement soluble, il suffit de le laver à grande eau et pendant assez longtemps pour lui enlever jusqu'à la dernière trace des acides qui ont servi à sa transformation. On fait sécher le coton à l'air libre.

Etant donné un fulmi-coton soluble préparé dans les circonstan-

ces et avec tous les soins que nous venons d'indiquer, il reste à déterminer les proportions exactes des deux dissolvants, l'éther et l'alcool. Rien ne serait plus simple si, comme l'alcool, l'éther médicinal, dit à 56°, avait une composition constante. Mais on connaît tout le vague qui a toujours plané sur la véritable composition de cet éther, et tout dernièrement, dans un travail fait en collaboration avec M. le professeur J. Regnauld ([1]), nous avons prouvé qu'un éther pouvait contenir 12 pour 100 d'alcool, en plus ou en moins, sans qu'il soit possible de le constater par aucun des moyens en usage. Nous avons également montré que deux éthers fournis comme éthers médicinaux à 56°, renfermaient l'un 11 et l'autre 33 pour 100 d'alcool à 98° ; et enfin que les éthers du commerce ne possèdent que rarement le titre exact pour lequel ils sont livrés à la pharmacie.

Devant des différences aussi considérables dans les proportions d'alcool et d'eau contenues dans l'éther, principal dissolvant du fulmi-coton, il est superflu d'insister pour démontrer la nécessité d'avoir recours à un éther type, dont la composition soit rigoureuse et constante. Or déjà dans le travail précité ([2]), nous avons prouvé, M. Regnauld et moi, que, pour avoir des éthers d'une composition bien exacte, il fallait prendre comme point de départ l'éther pur à 65°, et y ajouter la quantité d'alcool à 90° nécessaire pour faire un liquide éthéro-alcoolique approprié à l'action dissolvante qu'on veut produire. D'après ce qui précède, on comprend facilement que si la formule du collodion élastique était une fois bien établie, il serait possible d'obtenir toujours et partout une préparation ayant les mêmes propriétés adhésives et extensibles.

De nombreux essais nous ayant démontré qu'il était facile de dissoudre dans un liquide éthéro-alcoolique jusqu'à 10 pour 100 de fulmi-coton préparé avec les précautions indiquées plus haut, nous avons cherché quelle serait la meilleure formule du collodion propre aux principaux usages thérapeutiques. Pour résoudre cette dernière partie de la question, sans contredit la plus importante, nous avons dû faire part de nos observations à un médecin dont la compétence, en pareille matière, est irrécusable. Après avoir expérimenté les nombreux échantillons que nous lui avons soumis, ce

---

([1]) *Exposé d'une nouvelle méthode propre au dosage de l'éther sulfurique*, par MM. J. Regnauld et Adrian. (*Journal de pharmacie et de chimie.*)

([2]) *Journal de pharmacie et de chimie.*

praticien distingué s'est arrêté à la formule suivante, que nous nous empressons de publier :

Éther pur à 65°, densité 724..............	64 grammes.
Alcool rectifié à 90°......................	22 grammes.
Fulmi-coton soluble......................	7 grammes.
Huile de ricin.............................	7 grammes.

Faites dissoudre le fulmi-coton dans le mélange d'éther et d'alcool, ajoutez l'huile de ricin. La grande proportion de fulmi-coton contenue dans ce collodion nécessite de l'étendre avec rapidité.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Paraphlégie traumatique datant de deux ans, guérie par le nitrate d'argent.

Le 28 avril 1861, Mlle X***, demeurant chez ses parents à Charenton, et alors âgée de quinze ans et demi, portait dans ses bras sa petite sœur en traversant une cuisine, lorsque, préoccupée de son fardeau, elle ne fit pas attention à une trappe laissée négligemment ouverte, et fut précipitée dans une cave qui mesurait près de 3 mètres d'élévation.

En se sentant dans le vide, Mlle X*** n'eut qu'une pensée, celle de préserver sa jeune sœur de toute atteinte ; aussi, l'étreignit-elle dans ses bras, et, en tombant sur les pieds, elle s'affaissa sur elle-même, sans perdre connaissance. Mlle X*** se releva toute seule, ne songeant qu'a sa sœur, et heureuse de constater que l'enfant n'avait aucun mal.

Cependant, la mère de Mlle X***, accourue au bruit de la chute, s'aperçut que sa fille aînée boitait, et quoiqu'il n'y eût ni contusion ni déchirure apparentes au genou droit, il devint aussitôt le siége de douleurs extrêmement vives.

Un médecin de la localité, M. Jozias, fut appelé. Il prescrivit les premiers jours des compresses d'eau blanche, puis des cataplasmes. Au bout de huit jours, les douleurs n'étaient pas calmées ; la marche n'était pas possible. M. le professeur Gosselin, appelé en consultation, conseilla l'application de ventouses autour du genou, et le repos au lit pendant trois semaines.

Les ventouses et le repos n'amenèrent aucun soulagement.

Au bout d'un mois, Mlle X*** ne pouvait se tenir ni sur l'une ni sur l'autre jambe ; de plus, elle fut prise de palpitations assez

incommodes et de fièvre à type intermittent. Le docteur Buzignan, ancien médecin de la famille lorsqu'elle habitait Paris, fut alors chargé de donner des soins à Mlle X***. Il combattit les accidents du cœur avec de la digitale, l'état fébrile avec des préparations de quinine.

Vers le mois d'août, la fièvre intermittente disparut; mais les palpitations continuèrent, et la région de l'estomac, ainsi que tout le côté droit du tronc, devinrent le siége d'élancements insupportables. Plusieurs vésicatoires volants furent appliqués sans succès.

Au mois d'octobre, la malade se trouvant dans le même état, et ne pouvant plus du tout se tenir sur ses jambes, le docteur Buzignan, d'accord avec le docteur Briquet appelé en consultation, engage la famille à faire suivre à leur fille un traitement hydrothérapique. Le 27 septembre, Mlle X*** allait s'installer à l'établissement de Bellevue.

Le traitement commença par l'application de douches, matin et soir, sur les reins et les membres inférieurs.

Vers le milieu de septembre, non-seulement la motilité n'avait point reparu dans les membres, mais la sensibilité diminua d'une façon très-sensible, sans toutefois s'éteindre complétement. Cet état dura un mois environ, puis la sensibilité reparut intacte. Il y eut à peu près à cette époque un état cérébral assez bizarre: Mlle X***, qui a traversé toutes les phases de sa longue maladie avec la plénitude de son intelligence, perdit néanmoins tout à coup la mémoire des figures. Ainsi, elle reconnaissait bien son père et sa mère, lorsqu'ils venaient la voir ; mais, après leur départ, il lui était impossible de se rappeler leurs traits. Cet état fut du reste passager et dura au plus une quinzaine de jours.

Le docteur Bourguignon abandonna les douches et eut recours à différentes formes de sudation, puis à l'électricité ; un grand nombre d'agents pharmaceutiques furent également et concurremment employés, tels que différentes préparations d'opium, de noix vomique, d'iode, etc.

En définitive, au mois d'avril de l'année suivante, en 1862, Mlle X*** quitte Bellevue, plus souffrante et plus faible, entièrement découragée et revient à Charenton, pour se reposer de tous les traitements qu'elle a inutilement supportés.

C'est au mois d'août seulement, cinq mois après son départ de Bellevue, et quinze mois après la chute dans la cave, que je suis appelé à donner des soins à Mlle X***; je la trouve dans l'état suivant :

Mlle X*** a maintenant près de dix-huit ans; son intelligence est développée; son caractère d'une douceur extrême; sa taille est moyenne; l'enbonpoint est médiocre; les cheveux sont châtain; la peau est brune avec une légère apparence anémique. La santé générale n'a rien laissé à désirer jusqu'à l'époque de la chute dans la cave. La menstruation, qui s'est établie de bonne heure, à l'âge de douze ans, sans avoir été précédée d'aucun trouble, continue de s'opérer avec la plus grande régularité. La circulation et la respiration sont à l'état normal; il n'en est pas de même des voies digestives : l'appétit est à peu près nul; l'estomac est habituellement le siége de douleurs qui n'augmentent pas à la pression, mais qui deviennent beaucoup plus vives aussitôt que la malade prend la moindre nourriture, laquelle se compose presque exclusivement de potages au lait. Ces potages ne sont du reste jamais vomis. La langue n'est couverte d'aucun enduit. Un peu de constipation habituelle; sécrétion urinaire normale; absence de maux de tête; sommeil tranquille.

La motilité est complétement abolie dans toute l'étendue des deux membres inférieurs. La sensibilité persiste, égale des deux côtés; la chaleur ne paraît pas avoir diminué; les cuisses ont un volume proportionné au reste du corps; les jambes, et surtout les mollets, sont manifestement amaigris.

La colonne vertébrale n'offre aucune déviation; les deux épaules sont sur le même plan.

Le côté droit du tronc et la cuisse correspondante sont habituellement le siége de douleurs sourdes et profondes, qui parfois deviennent lancinantes. La malade peut se tenir assise, mais il lui est impossible de se tenir debout, et elle s'affaisserait entièrement sur elle-même, si, la plaçant dans la position verticale, on venait à cesser de la soutenir. Veut-on la faire marcher, les pieds traînent sur le sol.

Sans avoir une idée absolument arrêtée sur la nature de la maladie de Mlle X***, je ne pouvais cependant me dissimuler la gravité de son état, et en considérant le long temps qui s'était écoulé depuis le début des accidents paralytiques, les traitements divers auxquels elle avait été successivement soumise, je regardais la guérison comme très-problématique.

Je crus devoir communiquer mes craintes à la mère de Mlle X***, en lui exprimant le désir de revoir plusieurs fois la jeune malade, avant de commencer la moindre médication.

Le 14 août, je fis une première application du révulseur allemand,

en promenant les aiguilles de chaque côté de la colonne vertébrale, depuis la naissance du cou jusqu'au milieu du dos. Je prescrivis en même temps un verre à liqueur de vin de Bugeaud, une heure avant chaque repas; 15 centigrammes de limaille de fer, deux fois le jour dans une cuillerée de potage, et tous les matins un verre d'eau de mer.

Le révulseur fut appliqué trois autres fois dans l'espace de quinze jours. Les deux côtés de la colonne vertébrale furent criblés de piqûres, recouvertes chaque fois de l'huile tant préconisée; un épais morceau de ouate était maintenu en place pendant plusieurs jours sur toute l'étendue de la partie postérieure du tronc. Chaque fois la révulsion fut presque nulle, je renonçai à ce moyen.

Dans les premiers jours de septembre, je commençai une série de vésicatoires volants, successivement appliqués de chaque côté de l'épine, de haut en bas d'abord, puis de bas en haut. Ce traitement dura deux mois; il fut complétement inefficace.

Le 6 novembre, je me sers du cautère actuel, pour promener rapidement des pointes de feu sur toute l'étendue des masses sacro-lombaires. Dans l'espace de six semaines, j'ai encore recours cinq fois au même moyen, sans qu'il me soit possible de constater le moindre changement dans l'état des membres inférieurs. Mlle X***, quoique pleine de courage et de résolution, redoutait beaucoup l'emploi du cautère; je n'osai pas persévérer davantage.

Enfin, le 2 janvier 1863, je soumets Mlle X*** au traitement par le nitrate d'argent. Une pilule de 1 centigramme est administrée chaque jour, une heure avant le repas de midi. Dès la troisième pilule, il a semblé à Mlle X*** qu'elle ressentait quelque chose de particulier dans les cuisses, quelque chose qu'elle n'avait pas encore perçu, une sorte *de petit courant d'eau*, disait-elle, qui les parcourait profondément. Cette sensation devint bien plus manifeste les jours suivants, en se répandant dans toutes la hauteur des deux membres. Au bout de quinze jours de ce nouveau traitement, Mlle X*** pouvait imprimer à ses cuisses un léger mouvement de rapprochement. J'ai voulu donner deux pilules par jour; mais il est survenu de fortes douleurs dans les deux membres, accompagnées de mouvements brusques et involontaires; *mes jambes sautent*, me dit Mlle X***. Je revins à l'administration d'une seule pilule, et les douleurs disparurent définitivement, en même temps que de légers mouvements volontaires se dessinaient peu à peu à la quarantième pilule. Le 8 février, Mlle X*** a pu faire quelques pas dans sa chambre, appuyée sur deux bras.

Le 10, elle se lève seule, prétend qu'elle est guérie et va jusqu'au lac de Gravelle (1,500 à 1,800 mètres environ de sa demeure), sans vouloir accepter un seul instant le bras des personnes qui l'accompagnent.

Le nitrate d'argent a été continué huit jours encore, en tout quarante-huit pilules.

Les maux d'estomac n'ont point paru être influencés en quoi que ce soit par le nitrate d'argent, et ont encore persisté près de six mois après le rétablissement des membres paralysés. Le quinquina, le fer et l'eau de mer, qui avaient été suspendus pendant la médication au sel d'argent, ont alors été repris. La teinture d'iode à l'extérieur ; quelques vésicatoires avec le chlorhydrate de morphine ont été tour à tour essayés, sans produire une grande amélioration. Mlle X***, n'a été définitivement débarrassée de ses maux d'estomac qu'en faisant usage de bains de rivière. Mlle X*** n'a point quitté ma localité; elle vient me voir de temps en temps. Aujourd'hui, 1er octobre 1864, la guérison ne s'est pas démentie.

Telle est, cher ami, l'observation que je vous ai promise; je pense que vous la trouverez intéressante à plus d'un titre. J'aurais désiré la faire suivre de quelques réflexions, et surtout me livrer à une discussion approfondie au sujet du diagnostic de la maladie de Mlle X***. Je réserverai cette appréciation pour un peu plus tard, dans un travail qui embrassera d'autres faits.

G. Deguise,
Chirurgien en chef de la Maison impériale de Charenton.

Courtes remarques sur un cas d'embryotomie pratiquée au moyen d'une ficelle.

J'ai lu avec intérêt une observation d'embryotomie pratiquée à l'aide de mon procédé par M. le docteur Rey, du Lot. Je félicite cet honorable confrère de l'habileté dont il a fait preuve dans ce cas difficile, mais je vous demanderai la permission de rectifier quelques inexactitudes relatives à la description du procédé.

Il est probable que mon confrère ne m'a pas entendu exposer moi-même et démontrer sur le cadavre ce mode d'embryotomie avec un fil, et comme le mémoire lu à l'Académie n'a pas encore été publié, mon confrère n'en avait qu'une idée incomplète.

D'abord, j'ai essayé tous les genres de liens, depuis le simple fil à ligature jusqu'aux fils métalliques simples ou tordus, et celui que j'ai recommandé en définitive, non comme le meilleur, mais comme

le plus commun, est précisément *le fouet* qu'on trouve partout et dont l'auteur de l'observation s'est servi avec tant de succès.

Quant à la manière de passer le fil, mon honorable confrère a fait ici une confusion qu'il est très-important de signaler.

Dans l'observation publiée, il s'agit d'une présentation du tronc fortement engagé à travers un bassin normal; dans ces cas, tous les genres d'embryotomie sont praticables, sinon facilement, au moins sans difficultés excessives; mais j'ai proposé la section par le fil *surtout* pour les présentations du tronc dans les rétrécissements extrêmes du bassin. Or, quand le détroit supérieur n'a pas plus de 3 à 6 centimètres, aucun doigt humain ne peut passer un fil autour du col du fœtus, force alors est de recourir au crochet mousse du forceps, percé d'un trou et d'une coulisse, fabriqué depuis longtemps, sur mes indications, par M. Charrière, ce que mon honoré confrère ignorait probablement.

Enfin, si M. le docteur Rey ne s'est pas servi du spéculum en bois, recommandé comme une garantie nécessaire contre l'action du fil sur le vagin, c'est qu'en effet, dans son observation, il n'en était pas besoin. Ayant pu accrocher le col fœtal avec le doigt, le fœtus était donc fortement engagé, et le fil ne pénétrait pas très-profondément dans le vagin; mais il en est autrement dans les rétrécissements extrêmes. L'objection de n'avoir pas de spéculum sous la main a été prévue; deux manches de cuillers graissés et chauffés, introduits de chaque côté du bassin et maintenus par des aides, isoleront suffisamment les parois vaginales.

Ces rectifications faites, permettez-moi en terminant de remercier encore mon confrère de son intéressante communication, en lui rappelant les paroles de notre maître à tous, M. P. Dubois : *Ne tirons jamais de conclusions générales d'un seul fait.*

Professeur Pajot.

BIBLIOGRAPHIE.

Etude clinique sur divers symptômes spinaux observés dans la fièvre typhoïde, M. par le docteur E. Fritz, lauréat (médaille d'or) des hôpitaux et de la Faculté de médecine de Paris, membre de la Société anatomique, etc. (1).

Nous n'avons point voulu laisser passer, sans en dire un mot, la brochure intéressante que vient de publier M. le docteur C. Fritz, et qui a trait, elle aussi, à la fièvre typhoïde, mais qui, pure étude

(1) Suite et fin, voir la dernière livraison, p. 368.

analytique, n'a pour but que d'appeler l'attention des observateurs sur un côté de la symptomatologie de cette affection presque laissée jusqu'ici dans l'ombre, et qui n'en a que plus d'intérêt. Le titre modeste de cette étude en indique nettement l'objet, qui est la détermination des symptômes spinaux observés dans la fièvre typhoïde. Au point de vue de la théorie de l'infection, telle que la développe M. Maudon dans le livre dont nous venons de parler et qui est un peu la doctrine de tout le monde, non-seulement il n'y a rien de plus simple que l'explication des phénomènes spéciaux dont M. Fritz vient d'essayer d'esquisser l'histoire, mais l'intoxication du cerveau, se traduisant par des symptômes si tranchés dès le début du mal, étant donnée, on ne comprendrait pas l'immunité absolue dont jouirait en pareil cas le reste de l'appareil nerveux central. Au reste, nous nous hâtons de l'ajouter, ce n'est pas en se plaçant sur le terrain de la spéculation théorique, que M. le docteur Fritz cherche à établir la réalité de l'ensemble distinct et original du phénomène qu'il étudie, mais bien en se tenant ferme sur le terrain des faits et de l'expérience. Or voici, d'après cette étude, ce que les faits et l'expérience prudemment interrogés lui auraient appris sur la contribution de la moelle épinière à la symptomatologie déjà si chargée de la fièvre typhoïde. On peut observer de ce côté des phénomènes qui montrent la sensibilité troublée de diverses manières, et des symptômes qui annoncent des désordres non moins nettement accusés dans la fonction motrice de la moelle spinale. L'hyperesthésie cutanée et musculaire, l'algésie de divers siéges, des sensations morbides de réfrigération, de fourmillement, etc., le long de la colonne vertebrale, et dans les membres inférieurs surtout, l'analgésie, l'anesthésie cutanée ou musculaire sont les phénomènes par lesquels se traduit, dans un certain nombre de cas, dont la fréquence relative ne saurait, à l'heure qu'il est, être déterminée, la souffrance particulière de la moelle épinière dans la fièvre typhoïde. Quant aux symptômes qui surgissent du côté des fonctions motrices de la tige spinale, ce sont des symptômes de paralysie ou de spasme, de contracture ; il faudrait même, d'après l'auteur, ajouter au tableau (je cite ici textuellement) « un groupe particulier de symptômes dont l'origine est dans le bulbe rachidien, la dyspnée extrême, indépendante d'une affection des voies ou des muscles respiratoires, le spasme du larynx, du pharynx, la toux convulsive, l'aphonie, l'alalie, la glossoplégie masticatoire, la contraction spasmodique ou rhythmique du sterno-mastoïdien et du trapèze, la paralysie du pharynx. »

Tels sont les phénomènes variés par lesquels la moelle spinale traduirait sa participation particulière à l'influence morbide dont la cause de la fièvre typhoïde enveloppe toute l'économie vivante. Maintenant, quelle est, dans la pensée de l'auteur, et sur le témoignage d'assez nombreuses nécropsies, paraît-il, la nature de ces phénomènes? A cette question, M. Fritz répond catégoriquement que ces symptômes n'ont rien à faire avec l'inflammation, avec la simple hyperhémie même, et que jusqu'à plus ample informé, ils sont du même ordre que les phénomènes cérébraux, et ne révèlent qu'un trouble dépendant de la pure dynamie nerveuse. On voit d'ici les conséquences pratiques qui résultent de cet enseignement spécial. Cette conclusion négative, et heureusement négative, pensons-nous, ôte peut-être de l'importance à ces recherches, mais elles n'en conservent pas moins un très-réel intérêt, puisque, si une observation faite sur une plus large échelle vient à les confirmer, ainsi que cela nous paraît probable, elles sont destinées à compléter le tableau nosographique d'une maladie qui fixe si justement et à un haut degré l'attention de tous. Les recherches de M. le docteur Fritz, dussent-elles ne conduire qu'à ce but, resteront dans la science, et elles y resteront quand bien même elles ne s'appliqueraient qu'à une forme, plus rare que ne le pense l'auteur, de la maladie grave dont il aura ainsi contribué à étendre la symptomatologie.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Résection suivie de cautérisation de plusieurs branches du trifacial dans un cas de névralgie de ce nerf durant depuis dix ans ; — Guérison momentanée et récidive au bout de trois mois ; — Effets du traitement par l'aconitine continuée jusqu'à ce jour. — Malgré la prodigieuse multiplicité des faits dont s'enrichit journellement, au point d'en être quelquefois encombrée, la science, rien n'est plus rare, il faut en convenir, qu'une observation véritablement *complète*, c'est que, pour justifier ce titre et cette qualité, un fait exige des conditions nombreuses et difficiles à réaliser : Sans sortir du domaine de la thérapeutique, que d'obstacles s'opposent à la réalisation parfaite d'un résultat définitif, à l'abri des illusions du présent, des mécomptes de l'avenir! A trop se hâter, on s'expose à l'erreur et au démenti du lendemain; à trop attendre, on court le risque d'enlever à la pratique le bénéfice d'un

enseignement et de voir, en même temps, se perdre le malade dans la foule des oubliés ou des introuvables. Au milieu de ces perplexités, pour la plupart inévitables, il est du moins une décision qui ne coûtera jamais trop d'embarras, c'est celle que commande à l'observateur sa conscience: faire connaître, quand on le peut, toutes les péripéties, quelles qu'elles soient, d'un fait auquel on assiste, est un devoir dont nous sentons trop pour notre compte l'empire et la portée pour ne pas y être fidèle; c'est pourquoi nous revenons aujourd'hui, pour en compléter l'histoire, sur une observation dont nous avons déjà donné ici, en quelque sorte, le premier acte :

Il s'agit d'un homme de quarante ans, le nommé Brossard (Alexandre), atteint depuis dix années d'une névralgie faciale des plus intenses, rebelle à toutes les médications dirigées contre elle par un grand nombre de médecins, et chez lequel M. le professeur Nélaton pratiqua, le 27 janvier 1864, comme ressource extrême, la résection, suivie de cautérisation, des nerfs sous-orbitaire, buccal et mentonnnier. (Voyez sur ce fait l'extrait d'une leçon de M. Nélaton, par M. Chedevergne, interne de service, *Bulletin de Thérap.*, t. LXVI, p. 400). Après trois mois d'un repos complet, la névralgie a reparu aussi intolérable qu'avant l'opération. M. Nélaton, que le malade est venu de nouveau implorer, s'étant refusé à toute tentative réitérée de cure chirurgicale, nous avons songé à expérimenter, avec l'autorisation du professeur, l'action de l'aconitine dans ce cas rebelle. Brossard a été soumis à cette médication pendant quinze jours; et, nous le disons de suite, il s'est produit, sous son influence, une amélioration extrêmement remarquable, qui a rendu la confiance à ce malheureux, prêt à s'abandonner au désespoir.

Les premiers phénomènes tant objectifs que subjectifs, ressentis par le malade sous l'influence de l'aconitine n'ont commencé à se manifester que lorsque le médicament a été porté à la dose quotidienne de 3 milligrammes : alors Brossard accusa de la céphalalgie, du trouble de la vue, du picotement des mains et des pieds, un sentiment de fatigue générale; puis les doses allant croissant de jour en jour, à ces premiers symptômes, qui se prononcèrent davantage, vinrent s'ajouter de l'abattement, de l'oppression, des douleurs dans les mâchoires, la nuque et les membres, une sorte d'horripilation et de fourmillement général, et enfin un affaiblissement musculaire porté jusqu'à l'impossibilité de la station debout. A ce degré, bien qu'il n'y eût aucune modification de l'état pathologique, nous crûmes devoir suspendre la médication.

Reprise deux jours après, à 2 milligrammes d'abord, et continuée à dose croissante jusqu'à 7 milligrammes, elle donna lieu de nouveau aux mêmes effets physiologiques, mais cette fois avec le résultat curatif désiré. Pendant ce temps, la circulation observée journellement se montra sensiblement et de plus en plus déprimée; les battements et les bruits du cœur étaient beaucoup moins forts qu'à l'état normal, de même que le pouls, qui ne descendit jamais au-dessous de soixante pulsations par minute, mais qui, à certains moments, de deux à deux heures et demie après l'administration du médicament, alors que celui-ci agissait avec le plus d'énergie, devenait extrêmement faible, presque insensible, au point parfois d'être à peu près impossible à compter.

Brossard se sentit suffisamment soulagé pour vouloir regagner son pays; là, à Champdeniers (Deux-Sèvres), il a repris et continué l'usage du médicament, sous la surveillance du médecin instruit de la localité, M. le docteur Proust. Nous recevions tout récemment (20 octobre) de cet honorable confrère des renseignements qui, s'ils n'annoncent pas que la cure est complète (ce que nous ne pourrions avoir la prétention d'espérer en un cas aussi rebelle), témoignent, au moins, du maintien d'une amélioration réelle: « L'état de Brossard, nous dit M. le docteur Proust, est resté à peu près stationnaire; il souffre toujours, tantôt un peu plus, tantôt un peu moins, mais ses douleurs ne sont rien en comparaison de ce qu'elles étaient avant son départ pour Paris. Il est des nuits entières où il dort sans être réveillé; le jour il peut aller et venir, malgré quelques petites crises, mais il ne peut se livrer à son travail ordinaire que par moments... Somme toute, si le malade n'est pas guéri, son état est au moins supportable, et s'il n'avait pas besoin de travailler pour faire vivre sa famille, il s'y résignerait. »

Telle est la situation actuelle de notre malade. Un fait important à noter, et sur lequel nous ne saurions assez insister, c'est que, pour obtenir les effets physiologiques, condition du succès, et les effets thérapeutiques, but de la médication, il a fallu porter la dose de l'aconitine à 7 milligrammes par jour, ce qui est plus du double de la dose d'expérimentation de MM. Hottot et Liégeois, et des doses *maxima* prescrites par M. Gubler, dans les cas qu'il a eu à traiter (V. Bullet. de Thérap., t. LXVI, p. 385, etc.). Peut-être est-ce à l'administration des doses beaucoup moindres qu'il faut attribuer les effets moins avantageux signalés tout à l'heure par notre confrère. Quoi qu'il en soit, l'on ne saurait dédaigner de

pareils résultats, lorsqu'il s'agit d'une de ces affections qui font presqu'autant le désespoir du médecin que du malade.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Paralysie saturnine causée par l'usage d'un cosmétique. Les accidents déterminés par des cosmétiques ne sont pas rares; malgré cela, il y a toujours opportunité à en répandre les exemples. Ce serait plutôt, sans doute, dans d'autres journaux que dans les journaux de médecine que ces sortes de faits devraient être publiés, afin d'arriver ainsi plus sûrement à leur adresse véritable; mais il ne nous est pas possible de faire autre chose que des vœux pour qu'il en soit ainsi, et malheureusement les vœux resteront sans doute inexaucés. Quoi qu'il en soit, il ne sera pas sans intérêt et sans utilité de mettre le cas suivant sous les yeux de nos confrères.

Une demoiselle âgée de vingt ans consulta le docteur Ward-Cousins en novembre dernier pour « une grande faiblesse dans les poignets. » La maladie avait commencé quinze mois auparavant par de la perte d'appétit, de la constipation, des vomissements, suivis d'amaigrissement et de mobilité générale. Au moment où M. Cousins fut appelé à donner des soins à la malade, il y avait de la pâleur, un aspect cachectique, l'appétit était misérable, et elle se plaignait d'un goût désagréable dans la bouche, mais les gencives ne présentaient pas de liséré bleu. La région malléolaire était œdémateuse et les jambes étaient couvertes en arrière de taches livides et d'ulcérations superficielles. Les mains et les bras offraient tous les symptômes caractéristiques de la paralysie saturnine : poignets fléchis, impuissance presque complète d'étendre les doigts, atrophie musculaire prononcée des éminences thénar et hypothénar.

D'après l'historique et les symptômes actuels, notre confrère soupçonna que la jeune malade était sous l'influence toxique du plomb introduit dans l'organisme par une voie inusitée, et l'aspect de son visage paraissant indiquer qu'elle faisait un usage copieux d'une poudre cosmétique, il pensa que là pouvait être le point de départ des accidents. Il acquit bientôt la certitude que cette supposition était exacte, car la malade lui avoua qu'elle était dans l'habitude de s'appliquer sur la peau du blanc de perle, et un droguiste du voisinage lui apprit que depuis plusieurs mois il fournissait à cette jeune personne et à ses sœurs du carbonate de plomb destiné sans doute à être employé comme cosmétique.

M. Cousins prescrivit, comme moyen de traitement, les iodures de potassium et de fer, avec de petites doses de strychnine et l'huile de foie de morue, ainsi que les agents locaux propres à restaurer la nutrition des parties et leurs fonctions, des frictions quotidiennes, l'exercice, la faradisation. Sous l'influence de cette médication, les symptômes ne tardèrent pas à s'améliorer; mais, au bout de quelque temps, la jeune malade ayant négligé son traitement retomba dans une situation pire qu'auparavant, non-seulement sous le rapport de l'état fonctionnel, mais encore sous celui de la nutrition des muscles extenseurs, qui se montraient sensiblement atrophiés.

Ce fait prouve, entre autres choses, la surveillance rigoureuse dont le médecin doit user dans ces sortes de cas. Le traitement prescrit ici était parfaitement rationnel et consacré par l'expérience; mais il aurait été nécessaire qu'il fût suivi avec la plus entière régularité, et, sans négliger les agents généraux, que les agents locaux fussent employés avec persévérance. Il est bon de se rappeler aussi qu'on ne doit pas craindre de prescrire la strychnine à assez haute dose, soit à l'intérieur, soit par la méthode endermique, soit en combinant ces deux modes d'administration. Le tome VI de notre collection (p. 111) offre un cas intéressant emprunté au service de M. Rayer en 1833, qui témoigne de l'efficacité de ces moyens. (*Med., Times*, et *Dublin. med. Press*, septembre 1864.)

Traitement de l'affection trichinale par la benzine. Nous avons tout récemment (30 août) appelé l'attention sur des expériences faites en Allemagne dans le but de trouver et d'opposer un moyen de destruction aux *trichines* et à la maladie qu'elles engendrent : d'après les résultats favorables obtenus sur quelques animaux, il était permis de fonder, à cet égard, quelques espérances sur la benzine. Un interne des hôpitaux de Lyon, M. Rodet, vient d'apporter à ces espérances un commencement de confirmation : après s'être appliqué à démontrer l'inutilité de divers modes de traitement, il est arrivé à prouver que la benzine administrée en capsules tue les trichines intestinales, et que l'emploi de ce moyen, peu de temps après l'ingestion d'une viande infectée, peut empêcher le développement de la maladie. Mais dès que les embryons de trichine ont traversé les parois intestinales pour aller s'enkyster dans l'intérieur des faisceaux primitifs des muscles, toute intervention thérapeutique devient impuissante ; on peut ajouter avec M. Bouchard qu'elle est même superflue. Il résulte, en effet, d'expériences faites par ce confrère et M. Magnan que les trichines une fois enkystées sont incapables de déterminer aucun accident ; que les phénomènes morbides sont en rapport avec la présence des trichines adultes dans l'intestin et des embryons dans la circulation, et aussi avec le passage de ces derniers des capillaires dans les faisceaux primitifs des muscles. A partir de ce moment chaque animal s'enkyste et souvent se recouvre d'une coque calcaire ; cet isolement met fin à tous les accidents locaux et généraux. (*Congrès de Lyon*, octobre 1864.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Anévrysme traumatique de l'artère ophthalmique traité avec succès par la ligature des artères carotide primitive et carotide externe. Les faits de guérison d'anévrysme de l'artère ophthalmique par la ligature du tronc carotidien, ou simultanément de la carotide primitive et de l'une des carotides interne ou externe ne sont pas très-rares ; mais celui que nous relatons ci-après, également emprunté à la pratique de M. Legouest, se distingue par certaines particularités qui appellent l'intérêt et l'attention, entre autres : l'essai préalable de la compression digitale indirecte.

Il s'agit d'un anévrysme traumatique de l'orbite qui s'était développé à la suite d'une chute sur la tête d'un lieu élevé, et qui s'accompagnait d'exophthalmie et de paralysie de la sixième paire. La compression digitale fut pratiquée sur le tronc de la carotide primitive du côté malade, pendant quatre jours, sans succès. M. Legouest se décida alors à faire la ligature de la carotide primitive d'abord, puis celle de la carotide externe, au-dessous de l'origine de la thyroïdienne supérieure. — Les signes caractéristiques de l'anévrysme ont disparu ; la tumeur s'est affaissée peu à peu, l'œil est rentré dans l'orbite, la vision s'est conservée, mais on a vu persister le strabisme, lequel était dû sans doute à une lésion irrémédiable du nerf moteur oculaire externe longtemps comprimé.

Si M. Legouest a préféré la ligature secondaire de la carotide externe à celle de la carotide interne, c'est parce que la science ne possède pas un assez grand nombre de faits de ce genre pour qu'il soit permis d'affirmer que l'une des deux ligatures soit absolument préférable à l'autre. N'y aurait-il pas à craindre, cependant, ainsi que l'a fait remarquer M. Gosselin dans son rapport, que la ligature de la carotide externe si près de sa jonction avec l'interne ne fût suivie d'une hémorrhagie à la chute du fil, accident auquel eût moins exposé la ligature secondaire de la carotide interne ? La double ligature était d'ailleurs légitimée par la crainte que la compression digitale préalable n'eût agrandi les voies anastomotiques, et ne rendît impossible l'oblitération de l'anévrysme avec une ligature unique. C'est également pour cette raison que l'injection de perchlorure de fer semblait offrir peu de chances de succès ; mais cette injection n'aurait-elle pas réussi avant la compression digitale ? A l'appui de l'affirmative, on peut citer le succès obtenu par M. Bourguet (d'Aix), dans un cas tout à fait analogue. (*Acad de médec.*, octobre.)

Exostose de la fosse nasale gauche enlevée au moyen

de la résection temporaire. Il n'est plus possible aujourd'hui de mettre en doute les avantages des procédés opératoires qui, tout en permettant de réaliser les opérations les plus difficiles et les plus hardies, ont pour but en même temps de prévenir, en les réparant aussitôt, les mutilations qu'elles ont nécessitées. Ces préceptes sont dans le plan et les tendances de la chirurgie moderne, qui n'aura pas de plus grande gloire assurément que celle de s'efforcer d'être conservatrice; nulle part ils ne s'imposent autant que dans les opérations qui se pratiquent sur la face; eu égard à leur application et au résultat obtenu, un véritable intérêt s'attache au fait suivant emprunté à la pratique de M. Legouest, et savamment interprété dans un rapport de M. Gosselin.

Ce fait est relatif à une exostose volumineuse éburnée développée dans la fosse nasale gauche d'un jeune militaire. Cette tumeur avait déformé la face à la manière d'un gros polype fibreux, et donnait lieu à des hémorrhagies dangereuses Il était impossible d'en apprécier l'étendue et l'implantation, et pour l'extirper, M. Legouest dut entreprendre une de ces opérations difficiles dont on ne peut circonscrire à l'avance le plan et les limites, et qui a consisté en : incisions complexes sur la joue; agrandissement avec la gouge et le maillet de l'ouverture nasale antérieure; tractions énergiques sur la tumeur sans résultat; résection temporaire de la voûte palatine (procédé de M. Huguier), afin d'énucléer la tumeur retenue par la saillie osseuse de la narine postérieure; section de l'anneau osseux formé par cette ouverture; ablation de la tumeur. Les fragments osseux sont remis en place; les tissus mous sont réunis par des points de suture, et le malade guérit, en conservant presque tout le squelette de la face.

Selon la remarque de l'honorable rapporteur, ce fait rapproché de celui de M. Huguier et des deux que M. Bœckel a fait connaître dans sa traduction du *Traité des résections* de Heyfelder, ce fait, disons-nous, est de nature à engager les chirurgiens à adopter cette opération préliminaire de préférence à toute autre, dans le cas où il est nécessaire d'ouvrir une large porte de sortie à des tumeurs développées dans les fosses nasales et leurs dépendances. (*Acad. de méd.*, octobre.)

De l'ictère épidémique des femmes enceintes, comme cause d'avortement et de mort. M. Blot, rapporteur d'un travail de M. Bardinet, présenté sous ce titre, relate un cas d'ictère grave sporadique qui s'est présenté à la Clinique d'accouchement pendant qu'il en dirigeait le service en remplacement de M. le professeur Depaul.

Il a pu vérifier, dans ce cas, l'exactitude des symptômes décrits par M. Bardinet et, de plus, se livrer à des recherches d'anatomie pathologique assez complètes. Il s'agissait d'une jeune fille de vingt ans parvenue au milieu du cinquième mois d'une première grossesse. A la suite d'une vive contrariété, elle avait été prise d'un ictère presque immédiatement compliqué d'agitation extrême, avec cris et perte de connaissance; mouvements désordonnés, cris aigus, vomissements abondants et brusques d'une matière aqueuse, verdâtre; dilatation complète du col utérin; rupture artificielle des membranes; issue d'un fœtus mort et non macéré; somnolence suivie d'une nouvelle agitation; pouls petit et fréquent; état comateux; mort le deuxième jour. Autopsie : ecchymoses sous-cutanées nombreuses; teinte ictérique de la peau; vascularisation considérable des méninges cérébrales et de la substance corticale des hémisphères; ecchymoses sous-péricardiques; sang noir et diffluent dans les ventricules; congestion hypostatique des poumons; taches ecchymotiques sous le péritoine, surtout au niveau de l'estomac et de la vessie; reins assez volumineux et colorés en jaune; foie petit, pesant 752 grammes, brun foncé, plus consistant qu'à l'état normal; vésicules biliaires vides; examiné au microscope, le tissu de l'organe ne présente plus aucune trace de cellules hépatiques; on n'y trouve que d'abondants globules de graisse mêlés à la matière biliaire.

A quoi tient la gravité particulière de l'ictère des femmes enceintes? Suivant M. Bardinet, la cause en est inconnue; mais M. Blot pense qu'on pourrait peut-être en trouver l'explication dans les modifications importantes imprimées par la grossesse à la glande hépatique. Elles consistent dans une hypertrophie très-notable et dans un état graisseux plus ou moins prononcé selon les cas.

Abordant la deuxième partie du mémoire de M. Bardinet, relativement

au traitement, M. Blot discute les différents moyens proposés par l'auteur, à savoir : le déplacement des malades, l'avortement provoqué, ou l'accouchement prématuré artificiel. L'utilité du déplacement des malades ne saurait être mis en doute dans les épidémies d'ictère; quant aux deux autres moyens de traitement, M. Blot, d'accord en cela avec M. Bergaradec, pense que l'abstention est préférable. (*Acad. de méd.*, octobre.)

Syphilis contractée par le cathétérisme de la trompe d'Eustache. Il est certain que, dans le plus grand nombre des cas, les prétentions de certains malades à faire rapporter à une autre source qu'à un contact impur volontaire les accidents syphilitiques dont ils sont porteurs, ne méritent pas d'être accueillies autrement que par une réserve incrédule. Tout mauvais cas est niable, dit le proverbe, et y a-t-il beaucoup à s'étonner de voir des gens malheureux et honteux du malheur qu'ils se sont attiré, chercher à donner le change sur ce qui les fait rougir, et peut-être à se tromper eux-mêmes? Mais cette incrédulité qu'on oppose à ces malades, et non sans raison d'ordinaire, cette incrédulité qui ne leur manquait guère il n'y a pas bien longtemps encore, nous savons maintenant qu'elle n'est pas fondée dans tous les cas. On a reconnu d'une manière non douteuse que des rapports conformes ou contraires à la nature ne sont pas la seule voie par laquelle le virus syphilitique peut contaminer un organisme sain, et l'on sait qu'il peut être communiqué par des voies auxquelles les mœurs n'ont rien à reprendre, témoin l'enfant infectant sa nourrice, témoin la contagion par des instruments usuels, un verre, une pipe, ou même des instruments de travail, tel que le tube dont se servent les verriers et qu'ils se passent les uns aux autres. Ces faits, qu'on avait plus de peine à admettre quand on croyait que le chancre était le seul accident inoculable, s'expliquent mieux et se comprennent sans difficulté à présent qu'on a reconnu à certaines lésions secondaires la propriété de pouvoir également devenir le point de départ de la contagion.

Parmi les voies, exceptionnelles si l'on veut, de transmission de la syphilis, doivent figurer, il faut le reconnaître puisqu'il y en a des exemples, l'application de certains procédés chirurgicaux pratiqués au moyen d'instruments mal entretenus, tels que des lancettes, des bistouris, le spéculum, etc.

Au nombre de ces instruments, il y a lieu de compter celui qui sert à faire le cathétérisme de la trompe d'Eustache. Déjà l'an dernier, M. le docteur Edouard Fournié était venu lire à l'Académie de médecine l'observation recueillie par lui d'un malade atteint de syphilis à la suite d'un tel cathétérisme, et il avait pu révéler que M. Ricord, avant ce cas, en avait observé plusieurs autres chez lesquels le mode de contagion n'était pas différent.

Aujourd'hui, de nouveaux faits semblables sont signalés, dont le nombre ne s'élève pas à moins de treize, si quelques-uns ne font pas double emploi. Observés par des médecins tels que MM. Lailler, Fournier, Gubler, Vigla, Hillairet, ils ne laissent aucune place au doute, ni quant à la nature de la maladie, ni quant au mode de contagion, et sous quelque point de vue qu'on les envisage, leur importance comme leur gravité ne demandent aucun commentaire. (*Compte rendu de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 12 octobre 1864.)

Ponction de la vessie par une voie nouvelle. Voici la description de ce procédé : Le malade est couché sur le dos, les jambes légèrement écartées. Un coussin épais est placé sous le bassin, de manière à le faire basculer, et à ramener le pubis en avant. Un aide, placé à la gauche du lit, prend la verge du malade et la tire en bas et en arrière. Debout, à la droite du malade, le chirurgien commence par reconnaître avec l'indicateur de la main droite le ligament suspenseur, et, avec la main gauche, il enfonce à côté de ce ligament un trocart courbe, de manière à contourner le pubis. Pendant ce mouvement, il soutient et dirige l'instrument de la main droite pour éviter toute échappée. Arrivé dans la vessie, ce qu'on reconnaît au défaut de résistance et à la sortie de l'urine par la canule du trocart, on retire le poinçon. La canule est ensuite bouchée, jusqu'à ce que les voies naturelles soient rétablies par le cathétérisme ordinaire.

M. Voillemier a opéré de cette manière un malade de cinquante et un ans, entré le 14 décembre 1863, à l'hôpital Saint-Louis, pour une ré-

tention d'urine résultant d'un rétrécissement infranchissable. Les suites de l'opération ont été fort simples. La cicatrisation de la plaie s'est opérée en quarante-huit heures, et aujourd'hui il ne reste d'autres traces de l'opération qu'un cordon fibreux indiquant la route qu'a suivie l'instrument.

Comparant la ponction sous-pubienne, telle que l'a imaginée et pratiquée M. Voillemier, avec les autres modes de ponction vésicale, M. Ségalas, rapporteur, n'hésite pas à lui donner la préférence, bien qu'il doute que le procédé soit adopté dans la pratique générale avant que des faits nombreux aient prouvé l'innocuité de la blessure du plexus veineux que traverse l'instrument. (*Acad. de méd.* octobre 1864.)

Examen comparatif des divers procédés de ponction de la vessie. Le jugement porté par M. Ségalas sur le nouveau procédé de M. Voillemier a engagé M. Velpeau à rappeler les divers procédés connus. Nous reproduisons cette partie de son allocution :

« Il est aisé de s'assurer que la ponction par le rectum, la plus facile de toutes, est une mauvaise opération. Il n'est pas besoin de faits nombreux pour cela ; il suffit de se rappeler la disposition des parties et les graves inconvénients qui résultent de la communication établie entre le rectum et la vessie.

« La ponction de la vessie par la région hypogastrique est plus facile encore quand la vessie est fortement distendue ; mais pour peu qu'on réfléchisse à ses conséquences, elles sont bien plus graves encore. Il faut traverser plusieurs couches de tissus très-différents, la peau, les aponévroses, les muscles, le tissu cellulaire, etc. Dans ce long trajet, la canule peut facilement abandonner la vessie et s'engager dans le tissu cellulaire, d'où des infiltrations urineuses et des accidents consécutifs des plus redoutables.

« Autre difficulté. Pour que la vessie se vide quand la sonde y est plongée, il faut que les urines remontent contre leur poids. Je sais que cette objection n'a pas toute l'importance qu'on pourrait lui donner *à priori*. Dans le décubitus, en effet, le bas-fond de la vessie n'est pas situé beaucoup plus bas que la verge, et d'ailleurs la sonde agit à la manière d'un siphon. Le danger n'est donc peut-être pas aussi grand qu'on serait porté tout d'abord à le penser, mais il l'est encore assez pour qu'on ait dû chercher à l'éviter par d'autres procédés.

« C'est ce qui a fait imaginer la ponction par le périnée et le cathétérisme forcé, que j'ai vu pratiquer dans le temps par mon regretté maître, Roux. Roux a été très-blâmé à ce sujet ; le résultat, en effet, ne lui a pas fait très-grand honneur. Cependant je persiste à penser qu'il n'est pas aussi mauvais qu'on l'a dit. C'est, en définitive, le chemin à peu près naturel.

« Il y a encore la ponction à travers la symphyse du pubis, proposée par Brunner ; mais cette méthode est restée inappliquée, et je déclare que, pour ma part, je ne serais nullement tenté de l'essayer.

« Reste la méthode de M. Voillemier. J'avoue qu'elle me paraît assez séduisante. C'est une tentative que je ne blâme pas : je la trouve ingénieuse ; mais je ne voudrais pas que l'on se figurât qu'elle est moins dangereuse que les autres, que la ponction hypogastrique, par exemple. Il y a à craindre aussi, comme dans celle-ci, les conséquences du retrait de la vessie, qui peut donner lieu aux infiltrations d'urine dans le tissu cellulaire. De sorte que je ne saurais dire, en résumé, ni que la méthode de M. Voillemier vaut mieux que les autres, ni qu'elle ne vaut rien. Il est évident qu'on ne peut établir à cet égard aucune règle fixe, et que le choix à faire entre ces diverses méthodes est subordonné aux diverses conditions que peut présenter chaque cas en particulier. » (*Acad. de méd.*, octobre.)

Moyen simple de porter la cautérisation avec le nitrate d'argent dans toute l'étendue d'un trajet fistuleux. A côté des fistules qui, conséquences d'une lésion plus profonde à laquelle elles servent de canal de décharge, ne guérissent qu'après la guérison préalable et souvent difficile de cette lésion, il y en a d'autres qui, heureusement, sont susceptibles d'être attaquées en elles-mêmes pour ainsi dire et directement. Ce sont celles qui ne sont que le reliquat d'une lésion actuellement disparue, telle qu'un abcès ganglionnaire ou autre, par exemple. Dans ces cas, on le sait, il suffit souvent, pour obtenir l'oblitération du trajet fistuleux, soit d'une compression qui en rapproche les parois, soit d'une action

excitante portée sur celles-ci, et capable d'y susciter un travail d'inflammation adhésive. Ainsi agissent les injections de teinture d'iode, de nitrate d'argent en solution, la cautérisation à l'aide de ce sel solide, etc. Une condition qui n'est peut-être pas d'une absolue nécessité, mais que le praticien doit constamment néanmoins s'appliquer à réaliser, c'est que la substance irritante, quelle qu'elle soit, soit mise en contact avec la totalité des surfaces malades Quand cette substance est le nitrate d'argent solide, il ne serait pas toujours possible d'arriver à ce résultat, en l'employant sous la forme du crayon caustique ordinaire; il faut alors en charger des instruments capables de pénétrer jusqu'au fond du trajet. Le moyen suivant employé par M. le docteur Blin, de Saint-Quentin, répond d'une manière très-commode au but proposé.

On fait fondre à la flamme d'une bougie, dans la rainure d'un stylet cannelé, comme il y en a dans toutes les trousses, une certaine quantité de nitrate d'argent réduit en poudre; la rainure du stylet se trouvant remplie par ce petit lingot de nitrate d'argent, on a ainsi un porte-caustique qu'on introduit facilement dans le trajet fistuleux, de manière à en bien cautériser toute l'étendue en le faisant tourner sur lui-même.

Notre confrère a pratiqué avec ce petit instrument la cautérisation dans trois cas, l'un de fistule du cou consécutive à un abcès ganglionnaire, un second de fistule avec décollement de la peau consécutive à une ablation du sein, la réunion par première intention ayant été imparfaite; et le troisième de fistule à l'anus. Dans tous ces cas, l'effet a répondu à l'attente du chirurgien de la manière la plus satisfaisante. (*Soc. de l'Aisne* in *Bulletin médical du Nord de la France*, octobre 1864.)

VARIÉTÉS.

Séance annuelle de l'Association générale des médecins de France.

La séance annuelle de l'Association générale des médecins de France s'est tenue le dimanche 30 octobre, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique; selon nos prévisions, elle a été des plus brillantes et plus nombreuse encore que les années précédentes: de tous les points de la France étaient accourus les présidents et les délégués des sociétés locales des départements rattachées à l'Association générale.

M. le président Rayer a ouvert la séance par une allocution dans laquelle l'élévation de la forme s'alliait à la noblesse des sentiments et des idées qui y étaient exposés; il s'est attaché à montrer les fruits produits par cet *arbre*, qui, humble et modeste semence il y a cinq années à peine, couvre aujourd'hui de ses magnifiques rameaux le sol entier de la France. Souvent interrompu par les brvos, le discours de M. Rayer s'est terminé au bruit des applaudissements prolongés de l'assistance.

Après le compte rendu des travaux de la commission administrative de la Société centrale, fait et présenté avec une remarquable lucidité par M. Legouest, secrétaire de cette commission, la parole a été donnée à M. le secrétaire général Amédée Latour, lequel a déroulé le tableau de la situation annuelle de l'Association avec un talent trop connu et trop apprécié pour qu'il ait besoin d'être loué; pour donner une idée de la prospérité de cette situation, il suffit de dire que le capital actuel de la caisse est de 377,000 francs. Une triple salve d'applaudissements a salué le discours de M. le secrétaire général, et sa réélection est sortie de nouveau et justement victorieuse au bruit des acclamations unanimes de l'assemblée.

Cette belle séance a été close par un éloquent rapport de M. Sanderet, de

Besançon, membre du conseil général de l'Association, sur un projet d'érection d'une statue à Laënnec, en Bretagne, sa patrie.

Le soir, un banquet offert aux présidents et délégués des Sociétés locales, réunissait de nouveau l'assemblée ; est-il besoin de dire que rien n'a manqué à ce festin fraternel, et qu'on y a vu couler à flots l'esprit de toute espèce ?

Enfin le lendemain, 31 octobre, une nouvelle séance uniquement composée des présidents et délégués des Sociétés locales, a été consacrée à l'élection de quatre vice-présidents, de deux vice-secrétaires, et vingt-cinq conseillers du conseil général. Les vice-présidents et les vice-secrétaires dont les fonctions expiraient ont tous été réélus. Les conseillers nouveaux sortis du scrutin sont : M. le docteur Barth, de Paris, M. le docteur Barrier, du Rhône, M. le docteur Seux, des Bouches du-Rhône. M. le secrétaire général a lu ensuite un rapport sur cette question : « Y a-t-il opportunité à demander aux pouvoirs publics la révision de la loi qui régit l'exercice de la médecine ? »

Les conclusions affirmatives du rapport ont été adoptées.

Séance de rentrée de la Faculté de médecine. — Distribution des prix. — Jeudi, 3 novembre, a eu lieu la séance de rentrée de la Faculté de Paris, au milieu d'une affluence considérable d'élèves que le grand amphithéâtre, comme en ses plus beaux jours, avait peine à contenir. L'assistance n'était pas moins choisie que nombreuse, puisque M. le ministre de l'instruction publique et le vice-recteur de l'Académie, ainsi qu'une foule d'illustrations scientifiques et administratives, sont venus fournir à l'École un témoignage de haute sympathie.

D'une voix visiblement émue par les chaleureux applaudissements qui ont salué son entrée, et auxquels, cependant, personne plus que lui ne devrait être habitué, M. le doyen A. Tardieu a, dans une brillante allocution, résumé les travaux et les résultats accomplis dans l'année scolaire qui vient de s'écouler ; distribuant à chacun sa part d'éloges mérités, sans négliger le blâme, quand il y avait lieu, mais le blâme revêtu d'une de ces formes charmantes qui le font agréer et presque aimer ; montrant les améliorations à faire et celles déjà réalisées, parmi lesquelles la plus importante est la reconstitution de l'école pratique ; versant enfin sur tous, à pleines mains, ses sentiments et ses intentions de bienveillance et de sollicitude paternelles. Le cœur des élèves y a répondu avec cet élan et cette fougue que connaît bien M. Tardieu, qu'il aime, nous en sommes sûr, loin de s'en effrayer comme M. le ministre, et qu'il a qualifiés de « *superbe.* »

Après le discours souvent applaudi de M. Baillon, l'éloge de son prédécesseur, M. Moquin-Tandon, M. Grisolle a proclamé les lauréats, dont nous nous plaisons à inscrire ci-après les noms :

Prix de l'école pratique. Premier grand prix, M. Damaschino ; — Premier second prix, M. Lemoine (Armand-Victor) ; — Deuxième second prix, M. Bernadet (Charles-Théophile).

Prix Corvisart. Aucun mémoire n'ayant été adressé, la question proposée est remise au concours pour l'année 1864-1865 : « Etablir d'après des observations recueillies dans les cliniques médicales de la Faculté, des considérations diagnostiques et thérapeutiques sur les maladies aiguës des organes respiratoires. »

Le prix *Montyon*, faute de mémoire envoyé au concours, n'a pas non plus été décerné.

La Faculté a également décidé qu'il n'y avait pas lieu de décerner le prix *Barbier*.

Prix Chateauvillard. Ce prix, de la valeur de 2,000 francs, se trouvait réduit pour cette première année à 1,166 francs : une récompense de 500 francs a été accordée à M. le docteur Axenfeld (Alexandre), pour sa monographie des Névroses insérée dans les *Eléments de pathologie médicale* de Requin ; encouragements de 333 francs à M. Fritz (Emile), auteur d'un travail sur les Complications spinales de la fièvre typhoïde (dissertation inaugurale) ; et à M. Martineau (Louis), auteur d'un mémoire sur la Maladie d'Addison (dissertation inaugurale).

Thèses récompensées : Médailles d'argent (par ordre alphabétique). MM. Gréhant (Louis-François-Nestor), du Mécanisme de la respiration ; — Jones (William-Henri), des Vices de conformation du bassin ; — Laborde (Jean-Baptiste), de la Paralysie (dite essentielle) de l'enfance ; — Ollivier (Auguste-Adrien), Essai sur les albuminuries produites par l'élimination des substances toxiques ; — Robin-Massé (Gustave-Arthur), des Polypes naso-pharyngiens.

Médailles de bronze. Cayrade (Jules-Adolphe), de l'Action réflexe ; — Chédevergne (Antoine-Samuel), de la Fièvre typhoïde ; — de Barrel de Pontevès (Joseph-Emile), des Nerfs vaso-moteurs ; — de Gaulejac (Jean), du Pansement des plaies par l'alcool.

Mentions honorables. MM. Destouches (Théodore-Gabriel) ; Dubu (Louis-Alfred) ; Germe (Léon-Joseph) ; Guillaume (Adrien) ; Herrera (Raphaël) ; Hottot (Ernest-Louis) ; Marcowitz (Alexandre) ; Monteros (José) ; Vautherin (François-Auguste).

Compte rendu des travaux de la Faculté de médecine de Paris.

Par M. le doyen Tardieu.

Messieurs,

Si profondément touché, si pénétré que j'aie été et que je sois encore de votre accueil sympathique, quelque appui que j'aie trouvé dans la bienveillance unanime, dans le loyal concours de mes éminents collègues, quelque gratitude que m'inspire la haute confiance dont m'ont honoré M. le ministre de l'instruction publique et son digne lieutenant, M. le recteur de l'Académie de Paris, je ne saurais me faire illusion. L'honneur de diriger cette grande Ecole et de présider aujourd'hui cette fête annuelle de la Faculté de médecine ne m'est acquis ni par l'éclat du nom, ni par l'ancienneté des services. Et, pour le justifier, je n'ai le droit de compter que sur mon dévouement sans bornes aux grands intérêts qui me sont confiés et sur mon ardent désir d'être pour vous, chers élèves, en toute occasion, dans vos travaux, dans vos défaillances, dans vos erreurs même, le guide, le soutien, le défenseur le plus sûr et le plus affectueux.

Je ne prends donc la parole dans cette solennité que pour rendre publiquement compte des travaux de la Faculté pendant l'année qui vient de s'écouler, persuadé que vous y verrez la meilleure preuve des efforts que nous avons faits pour maintenir, pour élever, s'il est possible, le niveau des études et entretenir le feu sacré de la science dans la première Ecole médicale de notre pays. J'ai le devoir d'ajouter que le rétablissement des assemblées périodiques et régulières de la Faculté, dû aux intentions libérales du chef actuel de l'Université, et la part active qu'une interprétation plus large et plus juste des règlements

m'a permis de rendre à mes collègues dans les affaires de scolarité et d'enseignement, m'ont été d'un puissant secours et ont allégé en plus d'une circonstance un fardeau trop lourd pour mes forces.

Dans cet exposé, où je ne veux parler que de vous à vous-mêmes, je me propose d'introduire chez nous une coutume dès longtemps suivie à Montpellier et à Strasbourg, et d'imiter les modèles que m'offrent mes vénérés collègues dans ces deux Facultés. Il est bon, pour tout le monde, de se reporter parfois en arrière, de se replacer devant l'œuvre accomplie, et de se recueillir en cherchant dans le passé des leçons dont l'avenir profitera, ou des encouragements pour achever la carrière. Le repos que vous venez de prendre vous prépare à cette méditation salutaire, et peut-être aussi, je l'espère, à plus d'indulgence pour l'aridité de cette revue rétrospective.

La Faculté de médecine de Paris a compté, pour l'année 1863-1864, environ 2,000 élèves en cours d'études [1].

Il faut ajouter à ce chiffre un peu plus de 100 étrangers qui suivent les cours de la Faculté sans inscriptions régulières.

Il n'est pas sans intérêt de résumer le mouvement des inscriptions à chaque trimestre et de le comparer avec celui de l'année précédente. Le tableau suivant fournit cette double donnée.

	1862-1863				1863-1864		
	Docteurs.	Offic. de santé.	Total.		Docteurs.	Offic. de santé.	Total.
Novembre.	1,153	66	1,219	—	1,102	51	1,153
Janvier...	1,063	41	1,104	—	991	34	1,025
Avril.....	966	40	1,006	—	972	41	1,013
Juillet....	939	39	978	—	933	41	974
Totaux.	4,121	186	4,307	—	3,998	167	4,165

Une diminution de 142 s'est produite dans le nombre des inscriptions prises cette année. Il en existe une également dans celui des premières inscriptions, c'est-à-dire dans le nombre des élèves nouveaux, qui de 357 en 1863, s'est abaissé à 327 en 1864, différence peu sensible sans doute, mais qui se produit toujours dans le sens d'une décroissance persistante du nombre des membres du corps médical.

La mort n'épargne pas les médecins, et si nous n'avons, chose rare, à déplorer la perte d'aucun des professeurs titulaires de la Faculté, un de nos jeunes agrégés les plus distingués nous a été enlevé, M. Marcé, mort dans des circonstances aussi douloureuses qu'inattendues, et qui, nommé, après un brillant concours, le premier de sa promotion, avait déjà donné à la science et à l'enseignement de sérieuses promesses.

L'un de nos plus chers collègues, éloigné depuis longtemps de la Faculté par le triste état de sa santé, a cru devoir se retirer définitivement. M. Rostan emporte avec lui les regrets de la Faculté tout entière, les vôtres surtout, messieurs. Peu d'enseignements ont été plus utiles et plus applaudis que le sien.

---

[1] *Statistique des élèves en cours d'étude et des inscriptions :*

Élèves ayant pris régulièrement leur inscription à chaque trimestre..........	1,041	
Élèves en train de subir les examens probatoires.......	500	environ.
Élèves dont les études sont momentanément interrompues pour différentes causes..........	500	—
Total.....	2,041	

De nombreuses générations ont dû à son zèle infatigable, à la lucidité de ses démonstrations cliniques, à la facilité pénétrante de sa parole, leur première initiation aux attachants mystères et aux difficultés de la pratique médicale.

La retraite de M. Rostan a donné lieu à plusieurs permutations qui ne peuvent manquer d'être profitables à l'enseignement, et dont vous ne tarderez pas à reconnaître les heureux effets.

M. le professeur Grisolle, dont le jugement droit et sûr et le rare talent d'observation sont si particulièrement appropriés aux études cliniques, fera revivre à l'Hôtel-Dieu la forte et saine tradition des Chomel et des Rostan. Déjà vous avez pu juger, par l'appel qu'il a adressé aux plus zélés d'entre vous, du dévouement avec lequel il se consacrera à votre instruction et à vos progrès.

M. Grisolle laissait vacante la chaire de thérapeutique. Par une heureuse fortune, M. Trousseau, qui nous menaçait de nous quitter pour ne pas laisser ses forces s'user dans le labeur incessant de l'enseignement clinique, a consenti à remonter dans cette chaire qu'il avait, on peut bien le dire, fondée, et qu'ont animée, pendant près de quinze années, ses leçons si brillantes et si fécondes que vous allez retrouver, j'en suis certain, avec autant de bonheur que vos devanciers.

M. Natalis Guillot, à son tour, quitte l'enseignement théorique pour l'enseignement pratique, dans lequel il apportera cette ardeur d'investigation et de recherches qui est l'esprit même de la science moderne, et qui le possède à un si haut degré.

Enfin l'année qui vient de s'écouler a inauguré, vous savez avec quel succès, l'enseignement de deux professeurs nouveaux : M. Baillon, appelé, le 22 novembre dernier, à recueillir l'héritage de Moquin-Tandon dans la chaire d'histoire naturelle médicale, et M. Pajot, nommé, le 22 décembre, professeur d'accouchement, en remplacement de Moreau.

Pour M. Baillon, je suis dispensé de louer aujourd'hui son esprit fin, sa parole élégante, le rang élevé qu'il a su déjà conquérir dans la science. Vous allez l'entendre, et tout ce que je pourrais dire à sa louange ne vaudrait pas le discours éloquent que vous écouterez avec le respect dû à la chère mémoire de Moquin-Tandon.

Quant à notre nouveau professeur d'accouchement, qu'ajouterais-je? Ces voûtes retentissent encore des applaudissements mérités que soulevaient à chacune de ses leçons cette chaleur communicative, cette verve intarissable, cette habileté de démonstration, qui donnent à son enseignement tant d'éclat, tant d'attrait et, disons-le, une si incontestable utilité.

Je ne veux pas cesser de vous parler de vos maîtres sans saluer celui dont une haute distinction est venue couronner la noble carrière. Le nom de M. Bouillaud vivra autant que notre science elle-même; et vous me permettrez, à moi qu'il a bien voulu, lorsque je débutais à peine, associer aux travaux de son enseignement, vous me permettrez bien de me réjouir publiquement avec vous de la justice qui lui est enfin rendue, et d'en remercier le ministre à qui nous la devons (1).

Messieurs, tout est à refaire, au point de vue matériel, dans la constitution actuelle de la Faculté. L'enseignement pratique ne pourra être réellement organisé que lorsque nous disposerons de la place indispensable à une installa-

(1) M. le professeur Bouillaud a reçu le cordon de commandeur de l'ordre impérial de la Légion d'honneur, à la promotion du 15 août 1864.

tion convenable. Mais il nous est permis d'espérer : les études sont faites pour un agrandissement de notre Ecole ; les plans sont dressés, et, si vous n'en devez pas voir tous la réalisation, vous qui, pour la plupart, quitterez bientôt, et sans retour peut-être, votre vieille nourrice, pour les derniers venus du moins, et pour nous qui vieillissons avec elle, en voyant passer devant vous vos générations pressées, il nous sera peut-être donné d'assister à son rajeunissement, et de pouvoir un jour, dans une enceinte plus commode et plus digne de l'illustre assemblée que nous y convions chaque année, célébrer les splendeurs du temple où le culte agrandi de la science se développera dans tout son luxe.

En attendant, il convient de nous attacher à conserver, à améliorer ce que nous possédons. A ce titre, nous nous féliciterons de la restauration du jardin botanique de la Faculté. Après quatre années d'abandon, cette Ecole commence à renaître ; les cadres méthodiques sont tracés, les classifications préparées, et des plantations récentes sont venues compléter, autant que cela était possible, eu égard à l'exiguïté de nos ressources, ce premier rétablissement de notre Ecole botanique. Les études qui avaient subi, de ce côté, un si fâcheux abaissement, ne tarderont pas à redevenir florissantes, grâce aux richesses naturelles que nous pourrons mettre à votre disposition.

Dans un tout autre ordre de connaissances, un nouveau mode d'enseignement pratique a été institué, dont le succès rapide a démontré les avantages et l'opportunité. Le cours complémentaire des maladies des yeux, bien que confié au talent et au zèle éprouvé de M. Follin, n'avait pu recevoir tous les développements désirables. Transporté au centre même de l'administration de l'Assistance publique, qui nous a libéralement cédé la consultation gratuite depuis longtemps établie pour ces affections si variées, il vous offre aujourd'hui une source nouvelle d'expériences et de démonstrations cliniques. Votre empressement a montré que vous en compreniez l'importance, et a, par avance, consacré la haute récompense que la Faculté tout entière a été heureuse de voir décerner à M. Follin (1).

Les travaux anatomiques, qui tiennent une si grande place dans l'éducation des médecins, ne cessent pas de progresser. L'augmentation continue qui s'était manifestée depuis quelques années déjà dans le nombre des élèves qui ont fréquenté notre Ecole de dissection ne s'est pas ralentie (2). Que votre zèle ne s'arrête pas dans cette voie. La Faculté de Paris, fière à bon droit de son Ecole anatomique, ne négligera rien pour en accroître encore la prospérité.

Je ne peux passer en revue chacune des branches de vos études ; mais je peux et je dois, si délicate que soit cette partie de ma tâche, en rechercher avec vous les résultats, en interrogeant vos feuilles d'examen. Je vous ai promis d'être votre conseiller et votre ami, c'est vous dire que je ne vous flatterai jamais. Ecoutez donc la vérité :

---

(1) M. Follin a été nommé, le 15 août dernier, chevalier de la Légion d'honneur.

(2) Les chiffres suivants ont, à cet égard, une éloquence qui n'échappera à personne ; nous avons compté, en effet, dans nos pavillons :

En 1857-1858	237 élèves.
En 1858-1859	250 —
En 1859-1860	505 —
En 1860-1861	517 —
En 1861-1862	519 —
En 1862-1863	523 —
En 1863-1864	565 —

Le nombre des actes, qui n'avait été, en 1863, que de 2,341, s'est élevé, en 1864, à 2,677. Il serait par trop fastidieux de vous en donner le détail (1) : ce qui vous intéresse, d'ailleurs, ce sont les notes obtenues, les succès ou les revers.

Pour ceux-ci, je le sais, vous vous réfugierez derrière la sévérité de vos juges. Mais, au fond de vous-mêmes, vous savez bien à quoi vous en tenir; et si aujourd'hui vous êtes parfois tentés de vous plaindre de notre prétendue sévérité, demain, lorsque vous serez docteurs, le sentiment de la dignité professionnelle vous dictera peut-être un reproche contraire, et vous nous accuserez d'un excès d'indulgence.

Mais, pour un instant, soyez juges vous-mêmes. Pouvez-vous vous contenter d'une moyenne générale de 1 ajournement sur 6 examens? Et eu égard à la note obtenue, si je vous dis que les candidats se partagent en trois catégories; que la note est médiocre pour un tiers environ; suffisante seulement pour un autre tiers; et que le dernier tiers se partage les trois meilleures notes, avec cette particularité, toutefois, que la note supérieure, extrêmement satisfait, reste absolument exceptionnelle; 13 sur 1,461! Pouvez-vous, je vous le demande, accepter un tel résultat comme le niveau définitif des études dans notre Faculté? Prenez-y garde : l'ignorance, pour un médecin, est de l'improbité, et nous devons au pays, vous lui devez tous des médecins instruits autant que des médecins honnêtes.

J'arrive aux thèses et je m'en réjouis, car je trouverai des éloges à vous donner. Il y a eu, en 1863-1864, 228 thèses soutenues à la Faculté de médecine

(1) *Statistique des examens et actes probatoires en* 1862-1863-1864.

EXAMENS DE FIN D'ANNÉE.

	Extrêm.	Très-sat.	Bien.	Satisfait.	Passables.	Ajournés.	Total.
En 1862-1863.	9	34	107	244	290	194	878
En 1863-1864.	1	37	144	266	285	196	929

EXAMENS DE DOCTORAT.

Nature de l'examen.	Extrêm.	Très.	Bien.	Satisf.	Pass.	Ajour.	Totaux.
1° Anatomie et physiologie...........	2	23	58	99	96	76	352
2° Pathologie médicale et chirurgicale.	2	18	56	95	88	62	321
3° Physique, chimie, histoire natur...	1	12	39	75	97	43	267
4° Thérapeutique, hygiène et dermol.	3	9	55	99	78	32	270
5° Clinique méd. et chir.; accouchem.	5	20	53	93	59	21	251
	13	82	256	455	418	237	1,461

Résumé total des ajournements...........	1 sur 6,2
Pour le premier examen.................	1 sur 4,5
Pour le deuxième examen...............	1 sur 5,1
Pour le troisième examen...............	1 sur 6
Pour le quatrième examen...............	1 sur 8,4
Pour le cinquième examen...............	1 sur 10

EXAMENS D'OFFICIERS DE SANTÉ.

	Extrêm.	Très.	Bien.	Satisfait.	Passables.	Ajourn.	Total.
En 1862-1863.	»	1	5	17	17	7	57
En 1863-1864.	»	3	6	10	22	17	58

EXAMENS DE SAGES-FEMMES.

		Reçues.	Ajourn.	Total.
1863-1864 (65 élèves en cours d'étude).	Première classe.	62	10	72
— —	Deuxième classe.	4	»	4
		66	10	76

de Paris, 37 de plus que l'année précédente. Cette épreuve capitale, qui couronne la scolarité et qui est si propre à donner une juste idée, non-seulement de la valeur du récipiendaire, mais encore des doctrines de l'Ecole, tend certainement à reprendre un peu de l'importance qu'elle n'aurait jamais dû perdre. Les sujets choisis l'ont été en général avec discernement, quelquefois avec une heureuse originalité. Les notes obtenues témoignent de ce progrès (1). Aussi la Faculté a-t-elle éprouvé un réel embarras lorsqu'elle a eu à signaler les thèses les plus remarquables, et à choisir celles dont vous allez entendre proclamer les auteurs, et qui ont mérité des récompenses. Une chose digne de remarque, c'est la variété des sujets traités dans ces vingt thèses, qui forment en quelque sorte la fleur de notre année scolaire. L'anatomie, la physiologie, la physique, la chimie, la pharmacologie, la médecine et la chirugie y sont presque également représentées, et nous avons le droit de nous féliciter en constatant que les thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris ont atteint cette année un niveau très-élevé, et que dans un grand nombre d'entre elles nos jeunes docteurs ont fait preuve d'un véritable mérite.

Un seul concours a eu lieu, en 1854, à la Faculté, pour deux places de prosecteur et trois places d'aide d'anatomie. Il a été, comme toujours, l'occasion d'une lutte brillante ; et ceux qui sont sortis vainqueurs : MM. Dubreuil et Cruveilhier, prosecteurs ; MM. Le Dentu, Polaillon et Gillette, aides, continueront, nous en sommes garants, l'excellente tradition de notre Ecole anatomique.

Cette séance solennelle, après l'hommage public que nous rendons à ceux que nous avons perdus, appartient à nos lauréats. La Faculté a toujours attaché une grande importance à ce privilége, qu'elle doit à l'Etat et à des fondations particulières, de récompenser chaque année quelques-uns de ses élèves les plus distingués et d'encourager par les prix donnés aux travailleurs le progrès des sciences médicales. Elle se réjouit de voir s'étendre le cercle de ces récompenses et de pouvoir ainsi les offrir à des mérites plus nombreux et plus variés. Il m'a paru que tous ceux qui m'écoutent, que les concurrents et les lauréats eux-mêmes, me pardonneraient de retarder la proclamation des vainqueurs de cette année, pour donner un aperçu de la lutte.

Faire connaître, en les résumant, les motifs sur lesquels la Faculté a fondé ses décisions, c'est ajouter à la valeur des prix obtenus, ou à l'occasion tirer d'un échec plus d'un enseignement utile pour l'avenir.

Trois de nos prix annuels, ceux que nous devons à Montyon, à Corvisart et au baron Barbier, ne seront pas décernés cette année. Pour ce dernier, un seul mémoire avait été soumis à l'examen de la Faculté ; pour les deux autres, aucun travail n'a été présenté au concours. Ceux-ci, au reste, sont soumis à des conditions différentes. Le prix Montyon, en effet, destiné au meilleur travail sur les maladies régnantes, peut très-légitimement rester sans objet quand aucune constitution épidémique ne s'est montrée dans le cours de l'année. Il n'en est pas ainsi du prix Corvisart, qui s'adresse aux élèves des cliniques et porte sur une question spéciale proposée par la Faculté. Celle de cette année, sur le traitement des maladies aiguës de la poitrine, n'était certes pas faite pour éloigner les concurrents. Et il y aura lieu d'examiner, la Faculté s'en est déjà préoccupée, si pour le prix Corvisart, comme pour le prix Barbier, les conditions

(1)

Thèses soutenues.	Extr. satisf.	Très-sat.	Bien sat.	Satisfait.	Passabl.	Ajourn.	Total.
En 1862-1863...	17	50	63	45	15	1	191
En 1863-1864...	31	46	71	63	15	2	228

ne doivent pas être utilement modifiées; et s'il n'est pas possible d'en mettre les dispositions réglementaires mieux en rapport avec les nécessités de la science qu'ils sont destinés à encourager et plus en harmonie avec les intentions des illustres et généreux testateurs à qui la Faculté les doit.

Le legs Trémont, inspiré par les sentiments de la prévoyance la plus éclairée, apporte chaque année un réel soulagement à ces misères vaillantes que la jeunesse de nos écoles pourrait montrer avec orgueil, mais que la délicatesse du donateur a voulu couvrir d'un voile. Certes, la somme que représente ce legs est bien au-dessous des besoins; mais, par cela même, la Faculté a à cœur d'en faire le meilleur et le plus équitable emploi. Cette année, elle l'a partagée entre deux étudiants que recommandaient leur zèle soutenu pour le travail et leur pauvreté dignement supportée.

Le prix Chateauvillard, qui perpétuera dans notre Ecole le pieux souvenir de la fille de Sabatier, la belle-sœur d'Adelon, est décerné cette année pour la première fois. Malgré sa nouveauté, il a déjà excité assez d'intérêt dans le monde médical pour que neuf ouvrages aient été présentés au concours. Et, comme les conditions qu'il impose n'excluent aucune des branches des sciences médicales, ces travaux présentent une grande variété en même temps qu'une réelle importance. Les thèses de doctorat, il est bon d'en faire la remarque, n'en sont pas exclues, et cette année même, comme pour prendre possession de ce droit, deux dissertations inaugurales obtiennent une part sur le prix Chateauvillard. Elles sont, il est vrai, l'œuvre de deux jeunes médecins déjà lauréats des hôpitaux, dont le talent se révèle dans ces thèses déjà pleines d'intérêt et d'originalité.

L'une est consacrée à l'étude de faits cliniques peu connus, quoiqu'on les rencontre dans la plus commune de nos maladies aiguës : *les Complications spinales de la fièvre typhoïde*. Avec un grand talent d'observation et une remarquable exactitude, l'auteur a rassemblé et groupé les cas où la moelle épinière paraît être le foyer de phénomènes spéciaux, de troubles de la sensibilité, d'affections paralytiques ou convulsives survenant à des périodes variables de la fièvre typhoïde. Sans doute il reste encore à trouver le lien commun, la loi pathogénique de ces faits complexes et souvent obscurs; mais le travail que la Faculté récompense a le mérite de les faire sortir de l'ombre et d'appeler sur eux l'attention des observateurs.

La seconde est une histoire plus complète qu'aucune de celles qui avaient été précédemment tracées de cette affection mystérieuse qui n'a pas encore de place dans la nosologie, et à laquelle on ne peut encore donner d'autre nom que celui de *maladie d'Addison*. Le tableau saisissant qu'en a donné notre lauréat, la critique judicieuse qu'il a faite des diverses théories à l'aide desquelles on a essayé d'en expliquer la nature, les observations nouvelles et complètes qu'il a ajoutées à celles que la science possédait déjà, hâteront certainement le moment où cette bizarre coloration bronzée de la peau pourra être, dans ses formes diverses, rattachée, comme affection symptomatique ou comme maladie essentielle, aux causes diverses qui peuvent la produire. Mieux connue dans ses éléments, elle laissera plus de prise aux moyens rationnels dont notre art dispose.

La première place dans le concours ouvert pour le prix Chateauvillard a été obtenue par un de nos agrégés les plus ardents au travail, les plus habitués au succès. La Faculté est heureuse d'avoir une couronne à donner à l'un de ces jeunes savants dont l'abnégation égale le talent, qui lui appartiennent déjà,

mais qu'elle a le droit et le devoir d'encourager encore, parce qu'elle fonde sur eux toutes ses espérances d'avenir. Le travail qu'a distingué la Faculté est une véritable monographie des névroses qui fait partie du grand ouvrage de *Pathologie médicale* qu'avait entrepris et qu'a laissé inachevé le regrettable professeur Requin. Il était difficile qu'il trouvât sur ce point un plus habile continuateur. Cette histoire des névroses, contenues dans les limites d'un traité didactique, est tracée avec une si exacte connaissance des plus récentes conquêtes de la science, avec une si remarquable précision, qu'elle donne l'idée la plus claire d'une des parties les plus obscures de la médecine, et ne laisse voir aucune lacune dans un sujet si complexe et si étendu. L'importance de la pathologie du système nerveux est indiquée dès le début en des termes que je me plais à citer : « La physiologie nous apprend que, contenant plus de forces qu'aucun autre sous moins de matière, doué dans l'organisme d'une sorte d'ubiquité qui l'associe à l'activité intime de toutes les parties, constitué par une série de centres et d'irradiations physiquement et fonctionnellement continus, le système nerveux est dans les animaux supérieurs le *substratum* immédiat de la vie et comme la vie même matérialisée. » Mais c'est dans la description de toutes les maladies, de toutes les affections dont ce vaste système organique peut être le siége, c'est dans la finesse d'analyse avec laquelle sont étudiés les symptômes, dans la sûreté de critique avec laquelle sont interprétés les faits nouveaux, dans la mesure avec laquelle les données physiologiques sont appliquées à l'étude des phénomènes morbides, qu'éclate le mérite singulier d'une œuvre qui honore à la fois l'Ecole de Paris et l'un de ses plus chers disciples, bientôt l'un de ses maîtres.

J'arrive aux prix de l'Ecole pratique, qui sont, à proprement parler, les prix de la Faculté. Il y a soixante-six ans que, pour la première fois, en 1798, l'Ecole de santé les distribuait solennellement. Elle avait emprunté à l'ancienne Ecole de chirurgie l'heureuse idée de cette Ecole pratique, destinée à offrir à un certain nombre d'élèves choisis des moyens d'instruction pratique perfectionnés, à constater leurs progrès par une série d'épreuves graduées, et à récompenser leur zèle par des prix d'une importance considérable. Depuis ce jour, bien des changements se sont opérés ; l'institution de l'Ecole pratique a résisté. Elle a résisté à des causes très-diverses de ruine ; elle a résisté à sa propre décadence qu'il serait inutile de nier, qu'il serait imprudent de méconnaître. C'est qu'il y a en elle des éléments vivaces qu'il est facile de ressusciter ; et une pépinière féconde qu'il s'agit seulement d'entretenir. La sollicitude de la Faculté s'est émue ; et un projet de complète réorganisation, adopté par elle, n'attend plus qu'une haute sanction pour réaliser en faveur de ceux d'entre vous à qui le concours donnera accès dans l'Ecole pratique reconstituée, le bienfait d'une éducation médicale complète et supérieure qui manque encore à notre pays.

Mais, il est juste de le proclamer, ce n'est pas dans les concours des prix que l'Ecole pratique a perdu de son ancien éclat. Si le nombre des concurrents a diminué, la lutte n'a été ni moins sérieuse, ni moins vive. Des élèves d'élite, cette année comme les années précédentes, sont venus, dans une série d'épreuves publiques, faire preuve de connaissances solides dans toutes les branches de notre enseignement médical. Un peu inégal dans ses diverses parties, le concours a atteint un niveau assez élevé, notamment en anatomie, en physiologie, en médecine légale et en accouchements ; et le grand prix de l'Ecole pratique, conquis par une supériorité soutenue et par des qualités tout à fait

hors ligne, les deux seconds prix, accordés à des efforts persévérants et souvent heureux, témoignent de la valeur très-réelle du concours de 1864.

J'ai terminé, messieurs, ce tableau à peine ébauché de notre dernière campagne. Une nouvelle année commence. Elle nous amène de jeunes recrues pleines d'ardeur, mais aussi d'inexpérience ; elle verra sortir des rangs ceux pour qui vont commencer, dans la plus noble, mais aussi dans la plus pénible carrière, les dures épreuves de la vie de médecin ; aux uns comme aux autres, nos conseils, notre appui, notre dévouement sont assurés. Pour tous enfin, nous, vos maîtres, nous n'avons qu'une ambition et qu'un désir, c'est d'allumer et d'entretenir, parmi les élèves de la Faculté de médecine de Paris, cette passion des fortes études et cette émulation qui, en rehaussant le niveau de la science médicale, doit profiter au pays tout entier.

La Faculté vient de faire sa présentation pour la chaire de pathologie interne. Elle a présenté : *en première ligne*, M. Béhier ; *en seconde ligne*, M. Beau ; *en troisième ligne*, M. Hérard.

Le concours pour une place de chirurgien du Bureau central des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Liégeois, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris Le concours a été des plus brillants : quatre candidats sont arrivés aux dernières épreuves avec le même nombre de points; et ce n'est qu'après un second tour de scrutin de ballottage que la nomination a été faite. Les membres du jury ont exprimé le regret de ne pas pouvoir disposer de quatre places.

Les questions écrites au concours du prix des internes sont, pour la première division : *Rapports du foie, valeur séméiologique de l'ictère* ; pour la seconde division : *Le ligament large, hématocèle péri-utérine.*

Par décrets des 29 octobre et 5 novembre 1864, ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur : *Au grade de commandeur*, M. Jules Roux, directeur du service de santé de la marine à Toulon. *Au grade d'officier* : MM. Olivier, médecin professeur de la marine ; Jourdeuil et Pilet, médecins-majors de 1re classe. *Au grade de chevalier* : MM. Amouretti, Lucas et Béguin, chirurgiens de 1re classe de la marine ; Fickelscherer, médecin-major de 1re classe; Martinet et Chailan, médecins-majors de 2e classe.

Par arrêté ministériel du 12 octobre 1864, les agrégés en activité de service dont les noms suivent : MM. Kirschleger, Strohl, Wieger, Bach et Held sont maintenus dans leurs fonctions près la Faculté de médecine de Strasbourg, jusqu'au 1er novembre 1865.

Par décret du 28 octobre 1864, M. Vérany, directeur du musée d'histoire naturelle de Nice, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Par décret du 19 octobre 1864, M. Theullier, médecin-major de 1re classe à la gendarmerie de la Seine, a été nommé médecin principal de 2e classe, en remplacement de M. Ehrmann, promu à la 1re classe.

La séance solennelle de rentrée de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes a eu lieu le 3 novembre.

Les récompenses suivantes ont été accordées aux étudiants en médecine et en pharmacie : *En médecine*, ont obtenu des prix : MM. Marcé, David, Monfort, Raingeard, Barthélemy et Guihal. Des accessits ont été accordés à MM. Kerguistel, Monfort et Dupont. *En pharmacie*, un prix a été partagé entre MM. Nedebe et Houdoux.

M. Merchie, médecin en chef de l'armée belge, vient d'être nommé inspecteur général du service de santé militaire, en remplacement de M. Vleminckx, nommé membre de la Chambre des représentants.

Un arrêté du roi des Belges fixe à 6,000 francs la pension accordée à M. Vleminckx, pour plus de cinquante-cinq ans d'âge, plus de quarante années de service et plus de dix ans d'activité dans son dernier grade d'inspecteur général.

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Rougon, qui exerçait la médecine depuis cinquante ans dans la ville de Brignoles.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Remarques pratiques sur un cas d'hallucinations symptomatiques, suivi de guérison.

Par M. le docteur A. Charrier, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris, etc.

Quand on lit les travaux des médecins qui ont écrit depuis le commencement de ce siècle sur les hallucinations, on est frappé du silence qu'ils ont gardé sur les causes pathologiques qui peuvent produire ce phénomène. Or, on ne peut nier cependant que d'autres lésions que celles de l'encéphale ne puissent jouer un rôle très-important dans la genèse des hallucinations. Pour nous, l'hallucination n'est presque jamais, sinon jamais, un phénomène psychique pur, c'est un phénomène sensoriel, qui a son point de départ soit dans une maladie d'un organe, soit dans une sensation normale perçue par des organes malades et dans lesquels l'équilibre de la sensibilité est entièrement rompu. Pourquoi l'hallucination ne serait-elle pas comme le vertige ? En effet, ce dernier phénomène n'est-il pas sous la dépendance immédiate d'un état de souffrance d'organes très-différents, très-éloignés les uns des autres ? Ne voyons-nous pas journellement des vertiges venant d'un état pathologique de l'estomac ? Dernièrement encore notre maître, M. Trousseau, ne décrivait-il pas un vertige provenant d'une lésion de l'oreille ? Pourquoi l'hallucination ne serait-elle pas aussi le résultat d'états pathologiques très-différents et très-variés ?

Examinons un peu ce qui se passe chez un individu sain qui perçoit une sensation à l'état physiologique : une impression sensitive perçue, retentissant sur le sensorium, détermine des actes nerveux plus ou moins intenses, plus ou moins durables, suivant l'état de santé dans lequel se trouve l'individu qui perçoit une impression sensitive. Quelquefois une cause futile en apparence, physique la plupart du temps, telle que la plénitude de l'estomac, la régularité plus ou moins grande des fonctions digestives, etc., prédispose l'individu à ressentir plus ou moins vivement l'impression sensitive ; l'ingestion de certaines substances qui exaltent ou dépriment l'action du cerveau aura aussi une influence incontestable sur la manière et l'intensité de la perception.

Ainsi supposons une cause qui puisse déterminer la colère chez un homme ; elle se développera plus ou moins violemment, mais toujours dans les mesures de la puissance du malade pour refréner les mouvements auxquels elle donne lieu, et produira une série

d'oscillations nerveuses qui troubleront momentanément l'équilibre des fonctions physiologiques de relation et qui seront de plus ou moins longue durée. Ce trouble nerveux pourra enfanter des phénomènes purement somatiques, tel que le vomissement, la syncope, la dyspnée, l'évacuation involontaire de l'urine, etc.

Cette plus ou moins grande aptitude à ressentir violemment, vivement, a été appelée de différents noms par les auteurs. On l'a nommée sensibilité nerveuse exagérée, hystérie, hystéricisme, névropallie, nervosisme; mais tous ces mots ne sont que l'expression d'un même fait, d'une même manière d'être, et la constatation d'un même état pathologique.

Or cette extrême mobilité nerveuse produit des accidents très-divers; tantôt la sensibilité est diminuée, obtuse, entièrement abolie : *dysesthésie*, *anesthésie*. Tantôt elle est excitée outre mesure, *hyperesthésie;* quelquefois l'absence de douleur existe, même sous les incitations les plus fortes, c'est l'*analgésie*. Ces différents degrés de la sensibilité sont presque toujours concomitants : quand il y a *anesthésie* d'un côté, il y a *hypéresthésie* de l'autre; on dirait que la somme de sensibilité reste toujours la même, mais qu'elle est alors inégalement distribuée.

Or ces aberrations de la sensibilité, si on les cherche bien, se rencontrent toujours chez les hallucinés, à des degrés différents, c'est vrai, mais on les rencontre toujours.

L'*anesthésie*, qui consiste dans la suspension de la sensibilité, peut être portée à des degrés divers, tantôt chez le même sujet à différents instants, tantôt sur différentes parties du corps et dans le même moment.

D'où alors illusions et raisonnements faux qui ont leur point de départ dans cette sensibilité erronée.

L'*anesthésie* peut occuper l'origine des muqueuses : le fond de la gorge, le pharynx, les fosses nasales; de là perversion du goût, de l'odorat, qui portent certains malades à des appétits dépravés et bizarres. C'est dans ces cas que l'on remarque ces exemples de pica, de malacia, qui sont si extraordinaires. Nous avons connu une malade qui mangeait de la cendre, de la poussière, qui la croquait avec délices, et une autre qui, toute la journée, grignotait de la bougie.

La sensibilité peut être perdue au col de la vessie, de là des distensions énormes de cet organe. On a pu croire à des paralysies, mais la suite des phénomènes prouve surabondamment que c'est de l'anesthésie à des degrés différents. La sensibilité peut être abolie

au rectum, de là ces accumulations excrémentitielles de matières qui se durcissent et qui réclament quelquefois l'intervention du chirurgien.

La dysesthésie est une faculté de sentir pervertie, altérée ; pour bien nous faire comprendre, prenons un exemple : il est des malades qui sont blessés par la vue de certaines couleurs, d'autres qui ne peuvent entendre certains sons musicaux sans être très-péniblement affectés. Quelquefois les douleurs siégent à la région épigastrique pendant la digestion, ce sont des douleurs de même nature.

Ces différentes formes de dysesthésie sont peu connues et peuvent amener chez certaines malades des sensations qui déterminent des phénomènes convulsifs. Il est vrai de dire que ces phénomènes nerveux d'anesthésie, de dysesthésie, d'hyperesthésie se rencontrent le plus souvent chez des femmes mélancoliques, qui sont en même temps atteintes d'hystérie.

Un certain nombre de malades présenteront des accidents qui pourront être permanents et ne pas se produire par paroxysmes ; mais c'est l'exception ; la forme paroxystique est la forme par excellence des maladies nerveuses. Or, qui pourra nier la filiation, la parenté de l'épilepsie, de l'éclampsie, qui n'est qu'une épilepsie *in puerperio*, de l'hystérie, de la chorée, de la folie. Ce sont des manifestations diverses d'un même état pathologique influencé tantôt par les milieux, tantôt par les fonctions transitoires qui s'exécutent en ce moment-là chez l'individu ; or ces différentes affections se montrent la plupart du temps par accès, par paroxysmes et quelquefois elles viennent se fondre, se compliquer, se remplacer mutuellement chez le même malade. Ces métamorphoses pathologiques arrivent aussi dans les familles ; ne voyons-nous pas tous les jours ces mutations s'effectuer, se transmettre par hérédité ? Telle aliénée donnera le jour à une enfant affectée de chorée dans l'enfance, qui sera hystérique à la puberté, et plus tard éclamptique et mélancolique à la suite de couches.

Dans la succession des phénomènes morbides, nous voyons presque constamment, sinon toujours, l'action être suivie de réaction, et de même que nous voyons l'hyperesthésie, nous constatons le phénomène inverse, la paralysie essentielle, c'est-à-dire *sine materia*, ce qui est le *summum* de l'anesthésie avec perte du mouvement en surplus. Nous l'avons déjà vu tout à l'heure comme cause déterminante des accidents de suspension des actes fonctionnels physiologiques. Quelquefois, au contraire, c'est une contraction spasmodique dans un membre d'un côté, et ce phénomène ne tardera pas

à s'étendre au membre correspondant du même côté. Ainsi le bras est d'abord affecté, et bientôt les accidents se produiront semblables dans la jambe.

Cette remarque sur l'association des contractions spasmodiques est importante, car il s'agit d'y remédier, et souvent on y arrive par la force, par le massage, et il suffit alors que ce résultat soit obtenu dans un membre pour que les accidents semblables se résolvent dans un membre correspondant.

D'après tout ce que nous venons de décrire, il est de toute évidence que la sensibilité est atteinte dans son action normale, physiologique, chez les individus qui sont affectés de mobilité nerveuse exagérée : tantôt cette sensibilité est éteinte, tantôt au contraire exagérée à des degrés différents, et l'on voit très-bien par là que les sensations perçues par ces malades doivent évidemment donner naissance à des raisonnement faux, exagérés, et qui portent le cachet soit de l'exagération, soit de la diminution des perceptions nerveuses ; et si nous nous sommes aussi longuement étendu sur la genèse de ces phénomènes, c'est qu'ils sont peu connus ; et cependant on ne saurait nier l'importance capitale d'une étude pareille, puisque, sans ces notions acquises, nulle thérapeutique rationnelle ne peut être instituée, et partant, nul résultat durable ne peut être obtenu. L'hallucination est donc la conséquence, la limite extrême de ces sensations perçues par des organes malades ; c'est la consécration pour ainsi dire de cette série de phénomènes complexes qui commence par la perception, par des organes malades, d'une sensation normale, et qui, à la longue, réagissant sur l'encéphale, est mal interprétée à son tour, et produit à la fin l'hallucination.

Voici une observation qui viendra à l'appui des faits que nous venons de signaler tout à l'heure et qui nous montrera toute la filiation des phénomènes qui se passent chez les personnes affectées de mobilité nerveuse exagérée.

Mme X***, âgée de quarante ans, a été d'une assez bonne santé jusqu'à l'âge de seize ans. A partir de quinze ans, les règles apparurent tous les mois assez régulièrement ; mais le sang était pâle, et l'apparition de la menstruation était souvent accompagnée de douleurs dans les côtés du ventre, dans les reins et entre les épaules. La malade compare ces douleurs à des coups de couteau qu'elle recevrait. Elle entend, surtout quand elle monte les escaliers, un bruit de soufflet dans les oreilles ; quelquefois après les règles, quand le flux cataménial avait été plus abondant, le bruit de soufflet se faisait entendre dans le repos absolu, dans la position horizontale, au

lit, et surtout le soir, sur l'oreiller, dans le temps intermédiaire à la veille et au sommeil. Jusqu'à son mariage, qui eut lieu à l'âge de vingt-deux ans, les mêmes phénomènes de chloro-anémie se reproduisirent, les bruits de soufflet persistèrent, et même par moments prirent un caractère différent; ils prirent le caractère de voix lointaines, confuses, de murmures, mais aucun mot distinct n'était entendu. Cet état presque permanent de trouble de l'ouïe a rendu Mme X*** très-réservée, très-timide; elle croit toujours qu'elle ne plaît pas, qu'elle est ridicule. Aussi notre malade est sérieuse, d'une réserve extrême, et ne se livre à la gaieté, qui serait, sans cette timidité, le fond de son caractère, que lorsqu'elle est persuadée que les personnes qui l'entourent sont de véritables amis et lui portent une sincère affection.

En 1846 Mme X*** devint enceinte. La joie de la future maternité éloigna un peu les troubles de la sensibilité de l'ouïe, mais elle avait de temps à autre des douleurs lancinantes entre les deux épaules, qui étaient tellement violentes, qu'elles lui arrachaient des cris; dans les deux derniers mois de la grossesse, elle eut des crampes très-douloureuses dans les cuisses et les jambes.

L'accouchement et les suites de couches furent heureux, mais un écoulement très-abondant persista et devint une véritable maladie : douleurs dans les reins, intertrigo des cuisses; elle n'opposa à ces accidents que des soins de propreté.

Poussée par son mari, Mme X*** consulta un accoucheur, qui ne fit que la toucher, n'employa pas le spéculum et dit qu'il n'y avait rien à faire. On ne fit rien. Mais alors les bruits augmentèrent lentement; de confus ils devinrent plus nets, plus distincts, et notre malade entendait des paroles nettement articulées, mais qui ne s'adressaient pas à elle, c'était aux personnes qui l'environnaient, à sa femme de chambre, que l'on adressait des injures, des paroles déplacées.

Cet état dura jusqu'en 1861, lorsqu'à cette époque, vers le mois de janvier, l'écoulement vaginal devint énorme, l'intertrigo très-douloureux. Les voix alors devinrent personnelles, c'était à elle qu'on s'adressait : ces voix étaient entendues partout; et quand elles n'étaient plus distinctes, la malade se consolait et se disait que ces voix n'existaient pas. Jusqu'alors elle n'avait jamais dit un mot de ce qu'elle éprouvait ni du côté utérin, ni du côté mental; enfin un jour, plus fatiguée, plus harcelée que de coutume, elle confia tout à son mari, qui vint m'en faire part. Ce ne fut qu'après deux mois de soins, de causeries, que je parvins à confesser pour ainsi dire cette dame et que je pus l'examiner complétement.

Voici ce que j'appris : tous les jours, matin et soir, au moment de sa toilette, la même voix se fait entendre ; à l'église, en voiture, à la campagne, c'est la même chose. C'est toujours le même individu qui parle, tantôt à sa femme de chambre, tantôt à cette dame même, et toujours aussi ce sont des galanteries, des paroles inconvenantes. Vers le milieu du jour, habituellement elle ressent plusieurs fois ces douleurs lancinantes dont nous avons parlé, elle croit qu'on la frappe.

A l'auscultation du cœur et des gros vaisseaux se constatent tous les signes de l'anémie la plus caractérisée : bruits du cœur éclatants et sonores, souffle cardiaque et carotidien, sifflements dans les oreilles, quelquefois comme un ronflement continu, mais avec exacerbations correspondant avec les pulsations cardiaques ; les poumons sont parfaitement sains.

Les digestions sont bonnes, l'appétit soutenu, le sommeil excellent ; seulement, un peu de constipation. La région lombaire est le siége de douleurs vives exaspérées par la station debout, et par les cahots de la voiture.

En explorant la colonne vertébrale, on trouve au niveau de la deuxième dorsale des points névralgiques très-douloureux, des deux côtés du rachis ; la région lombosacrée est aussi le siége de points névralgiques ; vers la troisième cervicale, la peau est complétement analgésique. Une forte épingle peut être impunément enfoncée, sans provoquer la moindre douleur.

La peau est généralement sèche ; Mme X*** ne sue jamais ; le cuir chevelu est affecté de pityriasis abondant.

Les urines, examinées par l'acide nitrique et la chaleur, ne donnent aucune trace d'albumine ; par la liqueur de Barreswill, aucune trace de sucre ; mais abandonnées à elles-mêmes, elles laissent déposer des sels ammoniaco-magnésiens, et de temps à autre de l'acide urique.

Le père de cette dame est très-goutteux et sourd, sa mère est rhumatisante et extrêmement nerveuse.

Mme X*** est très-susceptible à l'action du froid ; souvent, quand elle a eu froid aux pieds, les maux de reins augmentent, et l'écoulement vaginal est plus considérable. Ce liquide est fortement acide.

A l'examen direct, voici les lésions que je constate : La vulve et le vagin sont baignés par un écoulement tellement abondant et tellement irritant, que l'intertrigo de la face interne des cuisses est rès-considérable, il s'étend jusqu'à la partie moyenne ; le prurit de la vulve est très-incommode, le matin et le soir.

Au spéculum, on trouve un col triplé de volume, profondément excavé par une ulcération qui tient tout le museau de tanche et qui remonte dans la cavité du col ; de l'orifice coule en nappe un liquide purulent très-épais ; vaginite intense ; prurit de la vulve.

Au toucher, on déplace difficilement l'utérus qui est lourd, peu mobile et douloureux.

En présence de tout cet appareil symptomatique, je porte le diagnostic suivant : *Métrite ulcéreuse avec engorgement de l'organe et prurit de la vulve, chloro-anémie, hallucinations symptomatiques.*

Quant aux symptômes cérébraux, voici quel a été leur ordre de succession : Bruits confus dans les oreilles, la malade ne distingue rien, ce ne sont que des bruits dans le lointain ; puis peu à peu les bruits augmentent, et cette augmentation marche de pair avec l'aggravation de la maladie utérine. Chaque fois que le prurit vulvaire est plus intense, les voix sont plus fréquentes, plus fatigantes, et chose singulière, malgré ces phénomènes cérébraux, le sommeil et l'appétit ont toujours été excellents. Le symptôme le plus désagréable, et qui porte le plus de trouble dans l'esprit de notre malade, ce ne sont pas ces voix qui s'adressent à elle, ce sont ces douleurs lancinantes, vives, instantanées, qui surviennent dans la région rachidienne ; elle croit alors qu'on la frappe, elle se retourne vivement et ne voyant personne dans sa chambre, auprès d'elle, elle se rassure ; mais cependant il lui faut du temps, des encouragements pour qu'elle croie que ce ne sont que des illusions.

Il y a à peu près quinze ans que ces phénomènes hyperesthésiques existent, ils sont à peu près les mêmes.

L'analgésie de la partie postérieure du cou n'a été constatée que depuis 1861, et qu'à l'époque de la menstruation, ou bien, mais ce qui est rare, quand Mme X*** est fortement impressionnée.

Pour guérir cette maladie, qui datait depuis si longtemps, qui présentait des symptômes initiaux si graves, des phénomènes consécutifs si intenses, voici le traitement que nous instituâmes : 1° Cautérisation du col ; 2° tamponnement du vagin avec des poudres astringentes maintenues par un tampon de coton assez volumineux. Par là, on isolait les surfaces vaginales, on empêchait l'écoulement de baigner et d'irriter la face interne des cuisses ; l'intertrigo disparut en une semaine.

Ensuite, nous donnâmes le quinquina et le fer, en ayant soin d'alterner l'usage du fer avec celui de l'iodure de potassium ; la liberté du ventre fut maintenue par des laxatifs, des remèdes, quelques purgations légères. L'état général s'améliora lentement ;

cependant au bout de trois mois, Mme X*** avait engraissé de cinq livres. Mais l'état du col resta longtemps le même, malgré des cautérisations énergiques. Cependant en 1862, à la suite d'une saison à Aix-la-Chapelle, l'état local s'améliora sensiblement, mais ce ne fut qu'en juin 1864 que notre malade fut totalement guérie. Or, il y eut ceci de très-remarquable, ce fut la corrélation constante qui existait entre l'état utérin, et l'état mental. Chaque fois qu'une petite rechute du côté de l'utérus eut lieu, les hallucinations augmentèrent de fréquence, de durée.

La peau, avons-nous dit, était sèche: pour régulariser les fonctions du tégument, nous ordonnâmes les lotions froides, puis les aspersions à grande eau; et sous l'influence de cette médication perturbatrice et tonique, l'analgésie disparut, l'hyperesthésie diminua et finit par cesser entièrement.

Le pityriasis guérit, et le tégument externe devint souvent humide, sous l'influence d'une marche un peu rapide, ce qui autrefois n'arrivait jamais. Enfin, un phénomène critique apparut dans ces derniers temps et fit disparaître jusqu'aux moindres symptômes de la maladie; ce sont des sueurs fréquentes, assez abondantes, qui surviennent après les affusions froides.

Enfin, pour tout dire, le traitement moral marcha de pair avec le traitement physique. Nous fîmes travailler notre malade à des travaux intellectuels : elle fit de la musique, de la peinture, puis de longues conversations eurent lieu, et nous fûmes assez heureux pour lui persuader que ces hallucinations n'étaient qu'un état maladif causé par sa maladie utérine.

Voici maintenant cinq mois que cette dame est entièrement délivrée et de sa maladie utérine et de ses troubles intellectuels.

Est-elle à tout jamais guérie? Nous n'osons encore le croire; aussi le traitement tonique et réparateur, ainsi que l'hydrothérapie, sont-ils continués avec une grande ponctualité.

Cette observation nous a paru curieuse à plus d'un titre. Nous voyons en effet une maladie utérine débuter, causer de la chloro-anémie, et consécutivement des hallucinations d'un caractère particulier se produire. Ces hallucinations suivent pas à pas la marche de la maladie utérine, augmentent et disparaissent avec elle. Le traitement a été surtout dirigé contre la maladie primitive, et une fois en voie de résolution, nous voyons les troubles intellectuels auxquels elle avait donné naissance, suivre une marche décroissante comme elle et disparaître à l'époque de la guérison.

On ne saurait nier, il nous semble, d'après l'observation que

nous venons de relater, l'étroite parenté de la maladie utérine et de la maladie mentale. Les hallucinations étaient produites par la mauvaise interprétation des phénomènes qui se passaient du côté de la sensibilité, et nous croyons être dans le vrai quand nous disions au commencement de cette note que, pour nous, l'hallucination était presque toujours causée par une impression sensitive normale, mais perçue par des organes malades.

Chez Mme X*** la peau est analgésique, hyperesthésique, en certains endroits : elle croit qu'on la frappe ; elle interprète donc mal des sensations perçues par des organes malades : de là raisonnements faux et illusoires. L'appareil génital et utérin est profondément atteint : les hallucinations revêtent un caractère érotique. La maladie utérine guérit, tout rentre dans l'ordre, les hallucinations disparaissent pour ne plus revenir.

Cette observation nous a fait profondément réfléchir, et nous sommes persuadé que les hallucinations, qui sont souvent si difficiles à guérir, pourraient l'être, si l'on recherchait avec plus de persévérance la cause prochaine de ce curieux phénomène dans une lésion d'un organe quelconque, surtout lorsque ces hallucinations ne sont pas accompagnées de délire.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'insufflation de l'intestin dans l'invagination.

Par M. le docteur David Greig, de Dundee (Ecosse).

L'intussusception ou invagination d'une portion du canal intestinal est un accident qui n'est pas rare dans l'enfance, et c'est certainement un des plus graves auxquels cet âge soit exposé. Il est peu de praticiens qui ne se soient trouvés aux prises avec cette maladie, dans le cours de leur carrière professionnelle. Dans beaucoup de cas, l'affection a été diagnostiquée pendant la vie, et les résultats de l'autopsie sont venus ensuite confirmer le diagnostic ; il en est d'autres, cela ne me paraît pas douteux, où les malades ont succombé sans qu'un diagnostic exact ait été porté ; dans un certain nombre, où un tel diagnostic n'avait pas fait défaut, la nature est venue effectuer la guérison sans aucune intervention de l'art ; dans d'autres enfin, peu nombreux, le médecin, après avoir reconnu la maladie, a pu agir et rendre les services les plus importants. Les causes de l'invagination ne sont pas connues ;

mais, selon toute probabilité, la plus commune consiste en une contraction spasmodique d'une portion de l'intestin, pendant que la portion adjacente reste dans le relâchement.

L'invagination se rencontre avec beaucoup plus de fréquence dans le premier âge qu'à toute autre période de la vie. On en divise ordinairement les cas en non inflammatoires et inflammatoires, et elle peut se présenter dans n'importe quelle partie du canal intestinal. Nul doute que la première espèce, ou non inflammatoire, ne se produise assez souvent d'une manière temporaire; elle se rencontre fréquemment, à l'autopsie, dans l'intestin grêle sur des sujets où la présence d'un tel accident n'avait pas été soupçonnée, n'ayant donné lieu pendant la vie à aucun symptôme ni malaise qu'on pût lui rapporter. Sur trois cents enfants morts à la Salpêtrière, et dont l'examen nécroscopique fut fait par Louis, le plus grand nombre présentaient deux ou plusieurs invaginations intestinales, sans aucune inflammation, sans aucun signe qu'elles eussent été nuisibles pendant la vie; d'où cette conclusion de Louis « que l'intussusception peut se former, puis se réduire par la seule action de l'intestin [1]; » opinion confirmée par le docteur Baillie, qui, dans son ouvrage sur l'anatomie pathologique, s'exprime ainsi: « Dans les ouvertures cadavériques, particulièrement chez les enfants, il n'est pas rare de rencontrer l'invagination, sans qu'il en soit résulté aucun dommage; les parties apparaissent parfaitement exemptes d'inflammation, et elles se fussent, suivant toute probabilité, facilement dégagées l'une de l'autre par le seul effet de leur mouvement péristaltique naturel. » J'ai pu moi-même assez souvent observer des cas de ce genre, un entre autres, en Crimée, dans lequel je n'ai pas trouvé moins de vingt invaginations dans l'intestin grêle. C'était chez un fort et robuste soldat qui avait été pris de choléra un matin, à la parade, et qui succomba dans l'espace de quatre heures. La nature de la maladie, dans ce cas, peut expliquer les invaginations.

Ces phénomènes sont intéressants au point de vue de la pathologie; mais ce dont nous avons à nous occuper quant à présent, c'est de l'invagination inflammatoire, qui a été toujours reconnue pour une affection extrêmement dangereuse, et de son traitement au moyen de l'insufflation de l'intestin.

Toute intussusception comprend trois parties ou cylindres, cir-

---

(1) *Rech. hist. sur la gastrotomie dans le cas de volvulus*, par Hévin, in *Mém. de l'Acad. roy. de chir.*

conscrits l'un à l'autre, un cylindre externe ou périphérique, invaginant, formé par cette partie de l'intestin dans laquelle les autres se sont engagées, un cylindre moyen et un cylindre interne, lesquels consistent dans la partie invaginée redoublée à l'intérieur d'elle-même. Ce sont ces deux dernières parties sur lesquelles agit la première, et qui, subissant de sa part une compression, une constriction, un étranglement véritable, s'enflamment consécutivement et se mortifient. On a rapporté des cas d'invagination inflammatoire siégeant dans l'intestin grêle; mais ces cas ne sont pas communs. Le plus grand nombre, et de beaucoup, ont lieu au niveau de la valvule iléo-cœcale, et résultent de l'engagement du bout inférieur de l'iléon dans le cœcum, à travers cette valvule. Par le fait de l'action péristaltique du cœcum et du colon, une portion de plus en plus considérable de l'intestin grêle est entraînée à travers la valvule, dont l'état spasmodique l'empêche de rétrograder; puis, quand la résistance du mésentère, etc., s'oppose à ce qu'une plus grande étendue de l'iléon puisse s'engager à la suite, le cœcum se retourne au dedans de lui-même et pénètre dans le colon : telle est en général la disposition des choses, quand on vient à examiner un cas d'invagination sur le cadavre. Les caractères anatomiques particuliers de cette partie du canal intestinal sont tels qu'on pourrait les attendre pour favoriser la formation d'une intussusception, et pour la maintenir dès qu'elle est produite. Que la grande majorité des invaginations aient lieu dans le gros intestin, voilà un fait pratique bien digne d'une sérieuse considération, par la raison qu'un tel déplacement au-dessous de la valvule iléo-cœcale est infiniment plus susceptible de céder aux moyens thérapeutiques que celui siégeant au-dessus. En général, l'intussusception se rencontre chez des enfants bien portants; sa présence est dénotée par une série régulière de symptômes bien marqués, et sur lesquels il est à peu près impossible de se méprendre. La maladie, comme il est facile de s'en rendre compte, suit une marche rapide, et en général la mort survient le troisième ou le quatrième jour [1].

Cette grave affection a été l'objet d'un grand nombre d'écrits;

---

[1] Il n'est pas absolument vrai que les accidents d'étranglement produits par l'invagination suivent constamment une marche suraiguë, comme le dit M. Greig. Dans des cas, rares il est vrai, l'étranglement de l'intestin invaginé se présente sous la forme chronique, et les symptômes sont si peu intenses, que l'idée d'une invagination ne vient à personne et qu'on croit tout simplement

mais ce qui a été publié de plus complet et de plus pratique sur ce sujet est dû à M. Gorham et se trouve dans le troisième volume des *Guy's hospital reports*, dont je prends la liberté de recommander la lecture à ceux de mes confrères qui désireront des renseignements sur cette question. Dans son mémoire, M. Gorham non-seulement donne une très-bonne description de la maladie, mais il a été, si je ne me trompe, le premier qui, dans notre pays, ait eu recours à l'insufflation pour la combattre, l'idée lui en ayant été suggérée par quelques cas heureux de ce genre, consignés dans l'*American journal of medical science* (1). Que la nature suffise quelquefois à rétablir l'intestin dans ses conditions normales, c'est ce dont il n'y a pas lieu de douter; mais ce n'est certainement pas un résultat qui se présente fréquemment. Le docteur West, à propos des cas rapportés dans les journaux de médecine, fait la remarque suivante, qui est parfaitement fondée : « Je n'ai observé qu'un seul cas où les symptômes de l'invagination, ayant existé à un degré marqué, finirent par se terminer spontanément, et furent suivis du retour de l'enfant à une santé parfaite. »

Mais la symptomatologie, le diagnostic et le traitement de l'invagination ressortiront plus clairement de l'exposé de cinq cas qui se sont présentés à mon observation, par une occurrence assez singulière, dans un très-court espace de temps, d'où résulta pour moi la nécessité de porter mon attention d'une manière toute spéciale sur la nature de cette maladie.

Obs. I. M. S. G., petite fille forte et bien portante, âgée de six mois, nourrie au sein exclusivement, n'avait jamais eu depuis sa naissance un seul jour de maladie, pas de diarrhée, aucune affection intestinale. Le 13 octobre 1862, elle avait passé la journée dans le parfait état de santé qui lui était habituel, lorsqu'à six heures du soir, sans cause appréciable, tout d'un coup, elle se prit à pousser des cris, à s'agiter et à se tordre en renversant le corps en arrière. Au bout de dix minutes survinrent des nausées et des vomissements violents, et en même temps peau froide et visqueuse, face pâle, lèvres livides. Après une trêve d'un moment, ces accidents se reproduisirent; l'agitation, les vomissements recommencèrent. L'enfant paraissait éprouver une vive douleur dans l'abdomen, douleur revenant par accès et allant croissant jusqu'à ce que les vomissements survinssent, après quoi elle semblait un peu soulagée, ou peut-être

---

avoir affaire à une entérite. M. le professeur Cruveilhier, à qui nous empruntons cette remarque, rapporte deux cas de ce genre très-remarquables. (*Anat. path. gén.*, t. I, p. 529 et suiv.)

(1) On trouvera dans la collection du *Bulletin de Thérapeutique* un certain nombre de cas où l'insufflation intestinale a été suivie de succès.

trop faible et trop abattue pour crier. Si on lui présentait le sein, elle le prenait volontiers, mais le retour des nausées, des vomissements et un accès de colique le lui faisaient quitter de suite. Immédiatement après le début des accidents, on lui administra une cuillerée d'huile de ricin, et l'on fit des fomentations chaudes sur le ventre ; mais l'huile fut rejetée presque aussitôt, de même qu'un peu de poudre purgative qui lui fut également donnée. On essaya de faire prendre un lavement d'eau chaude, mais l'intestin était dans un tel état de spasme qu'il n'en put rien garder. A huit heures du soir il survint du ténesme, et une petite quantité de sang fut rejetée par l'anus ; il en fut de même pendant toute la nuit, à chaque paroxysme de douleur. L'abdomen était souple, légèrement météorisé, non douloureux à la pression, excepté au moment des accès où la pression paraissait accroître la douleur. En déprimant les parois abdominales au-dessous de l'ombilic, on sentait très-distinctement une tumeur dure, un peu à droite de la ligne médiane. Voyant que j'avais affaire à un cas sérieux, et la petite malade étant de ma proche parenté, je priai mon ami le docteur Pirie de vouloir bien se charger de la direction du traitement. Il essaya d'administrer un second lavement, mais sans plus de succès, en raison de l'état spasmodique dont l'intestin était le siége. Le 14, au matin, la situation étant toujours la même, M. Pirie soupçonnant une invagination, requit l'assistance du docteur Nimmo pour suivre le cas avec lui, et dans la consultation que nous eûmes ensemble, nous nous accordâmes à penser que la maladie était bien une invagination de l'intestin. Les vomissements continuaient, mais avec moins de violence que la veille. L'enfant prit le sein sans se faire prier, et après avoir teté, reposa pendant quelques minutes ; mais les douleurs recommencèrent avec les vomissements, et le lait qui venait d'être ingéré fut expulsé de l'estomac avec violence, après quoi l'enfant, comme épuisée, resta calme pendant quelque temps. Elle paraissait éprouver une soif vive et elle avala de l'eau avec avidité, mais qui fut presque immédiatement rejetée. Le pouls était à 130 environ, petit. De nouveaux lavements furent essayés, mais sans plus de succès que les deux premières fois. Comme tout avait été tenté, et que rien n'avait produit d'effet satisfaisant, comme il était évident, d'un autre côté, que l'enfant s'affaiblissait rapidement, la proposition fut faite de recourir à l'insufflation, qui est mentionnée dans le Traité des maladies des enfants du docteur West comme ayant été employée avec succès par M. Gorham. Après avoir consulté le volume des *Guy's Hospital Reports* où se trouve le mémoire de cet auteur, et qui heureusement était en la possession de l'un de nous, nous résolûmes de tenter ce moyen comme dernière ressource, et, il faut l'avouer, sans grande espérance de succès.

Un petit soufflet ordinaire, dont le tuyau fut introduit dans l'anus, servit à injecter une quantité d'air considérable. Contrairement à notre attente, l'air pénétra sans peine dans l'intestin et parut procurer beaucoup de soulagement. L'insufflation faite, l'enfant sembla beaucoup plus tranquille, paraissant dormir, et se trouvant

bien évidemment délivrée de ses douleurs. Vingt minutes s'étaient à peine écoulées, qu'un léger bruit sourd se fit entendre dans l'abdomen, suivi presque immédiatement d'un autre bruit tellement fort et distinct que tous les assistants en furent alarmés, croyant que quelque rupture avait dû se produire dans l'intestin. Notre petite malade, toutefois, continua à paraître endormie et exempte de douleur, et au bout d'une demi-heure, une abondante garde-robe molle fut rendue sans souffrance, mêlée d'un peu de sang et de mucosités. Le reste de la nuit se passa bien, sans retour des vomissements; l'enfant prit le sein comme dans son état ordinaire, et deux jours après elle était parfaitement bien.

Obs. II. W. C., petit garçon bien portant, âgé de neuf mois, n'ayant jamais eu un seul jour de maladie, était, suivant son habitude, tout à fait bien portant dans la matinée du 7 août 1863; il avait eu une selle copieuse à cinq heures du matin. A midi, tout à coup, sans aucun malaise avant-coureur, il est pris de nausées et de vomissements violents, son visage se couvre d'une pâleur mortelle, et sa peau d'une sueur froide et visqueuse. Sorti bientôt de cet état et ayant repris sa chaleur et son aspect naturels, il était cependant resté agité et semblait tourmenté par la soif; mais immédiatement après l'ingestion d'une certaine quantité de lait, les mêmes accidents se reproduisirent, de nouveaux vomissements eurent lieu avec violence, précédés évidemment par une vive douleur. Tout était rejeté, même une cuillerée d'eau fraîche n'était pas gardée au delà de quelques minutes. Cette situation persista sans changement jusqu'au moment où je vis l'enfant, à onze heures du soir.

A ce moment, il était visiblement en proie à des douleurs revenant par accès toutes les vingt minutes environ; les nausées et les vomissements n'étaient pas moindres qu'au début. Il avait la peau chaude et humide, la face pâle, le pouls à 120; la soif était très-vive, et l'enfant avalait toute espèce de liquide avec une extrême avidité, il prenait même le sein avec plaisir comme en santé. Il restait ensuite tranquille quelques minutes, puis l'agitation se montrait de nouveau et durait jusqu'à ce que, pendant un accès de douleur, tout ce qui avait été ingéré était rejeté violemment de l'estomac. A travers les parois abdominales, molles et souples, la palpition faisait facilement reconnaître, au-dessous et à droite de l'ombilic, la présence d'une tumeur dure, qui paraissait assez sensible à la pression. Une cuillerée d'huile de ricin, donnée dans l'après-midi, avait été immédiatement vomie. Il n'y avait pas eu de garde-robe, mais il existait du ténesme, et peu de temps après que je fus arrivé auprès du petit malade, il rendit par l'anus environ une cuillerée de sang rouge et visqueux. Je ne doutai pas un instant que je n'eusse affaire à une invagination. J'essayai d'administrer des lavements d'eau chaude; mais, de quelque artifice que je m'avisasse pour obtenir qu'ils fussent gardés, ils étaient toujours rejetés à mesure, en raison de cet état spasmodique de l'intestin dont j'ai parlé dans le cas précédent. Il continua à sortir du sang par l'anus, avec des mucosités spumeuses, auxquelles vinrent se mêler de petits lambeaux de membrane muqueuse. Cet état continua jusqu'au len-

demain, deux heures après-midi, où je me résolus à tenter l'effet de l'insufflation.

A l'aide d'une canule à lavement en caoutchouc adaptée au tuyau d'un petit soufflet, je poussai dans le rectum une quantité d'air considérable, qui passa sans peine dans le canal intestinal, sans exciter de résistance ni d'efforts pour le rejeter, et parut, au contraire, procurer au petit malade beaucoup de soulagement. Il avait teté peu de temps avant l'injection d'air, et malgré des nausées qui ne tardèrent pas à se manifester en même temps qu'un accès de douleur, l'insufflation parut soulager celle-ci, et le lait ne fut pas vomi. Au bout d'une heure d'attente, comme de nouveaux vomissements semblaient imminents, craignant de n'avoir pas poussé dans l'intestin une quantité d'air suffisante, je pratiquai une nouvelle insufflation et je continuai jusqu'au moment où le ventre présenta les signes d'une distension considérable et où l'enfant sembla en éprouver quelque gêne. J'administrai alors une cuillerée à café d'huile de ricin, et j'eus la satisfaction de voir qu'elle était gardée; à partir de ce moment, il n'y eut plus de vomissement. L'enfant ne tarda pas à s'endormir; son sommeil dura environ une demi-heure, et à son réveil il montra quelque disposition à se laisser amuser, bien qu'il eût l'air encore souffrant. Des fomentations chaudes pratiquées sur le ventre parurent lui faire du bien. Dès lors mon petit malade ne donna plus aucun signe de souffrance, il s'endormit jusqu'à cinq heures, où il eut une selle abondante, de consistante liquide, mêlée d'une certaine quantité de sang. L'enfant continua ensuite à être parfaitement bien, prit le sein avec avidité, ne vomit plus, eut des garde-robes régulières, et ne tarda pas à reprendre son embonpoint ordinaire, qui avait rapidement diminué pendant cette maladie, bien que si courte.

Obs. III. J. C***, petite fille de dix mois et demi, n'ayant jamais eu aucune maladie, pas de diarrhée, nulle irritation intestinale, se trouvait, comme d'habitude, dans un excellent état de santé le matin du 30 octobre 1863. L'après-midi, pendant que sa nourrice la promenait hors de la maison, elle fut prise de malaise et de vomissements, d'ailleurs peu abondants. Rappportée à la maison, elle parut plus souffrante, à en juger par ses cris et par son agitation. On la déshabilla, pensant qu'une épingle la piquait; mais il n'en était rien, et ne sachant à quelle cause attribuer ces accidents, on lui administra une cuillerée à café d'huile de ricin. L'agitation persista et de nouveaux vomissements eurent lieu. Un peu de calme succéda; mais bientôt un nouvel accès de coliques reparaissait, suivi encore de vomissements ou d'efforts pour vomir.

Lorsque je la vis, à huit heures du soir, le pouls était à 100, la peau chaude et halitueuse; l'enfant n'avait pas eu de garde-robe depuis le matin; elle refusait le sein; de temps en temps et assez fréquemment, il revenait un nouvel accès de douleur, pendant lequel elle poussait des cris et s'agitait avec violence. Le ventre était souple, mais en le palpant et le déprimant, on sentait d'une manière très-nette de la dureté et de la résistance dans la fosse iliaque droite. Des fomentations chaudes furent pratiquées d'après mes avis, et lors-

que je revins, à dix heures, il y avait un peu d'amélioration. Pendant la nuit, de nouveaux paroxysmes douloureux reparurent, mais plus éloignés les uns des autres, et dans leur intervalle la petite malade dormit assez tranquillement. Le 31, à huit heures du matin, un peu de sang fut expulsé par l'anus, et il en fut de même le reste du jour, à chaque accès qui survint; du reste, il n'y avait pas de ténesme, il sortait seulement une petite quantité de sang pur, sans mélange de mucosités. A trois heures après midi, je poussai très-lentement une injection d'air et d'eau chaude dans l'intestin qui, moins irritable que je ne l'avais craint, accepta une quantité considérable de ces deux fluides. La plus grande partie fut rejetée au bout de dix minutes, avec une certaine quantité de sang et des mucosités. Je remarquai que l'air parut être resté dans l'intestin. A la suite, un mieux sensible se manifesta, l'enfant prit un peu de lait et s'endormit. Le lendemain, de bonne heure, il y eut une selle copieuse, qui se répéta deux fois avant ma visite dans la matinée. Dès lors, disparition de tous les accidents.

Obs. IV. D. W***, beau petit garçon de quatre mois, ayant toujours joui d'une bonne santé, fut pris tout à coup de malaise, le 12 novembre 1863, vers midi; il avait eu une garde-robe quatre heures auparavant. Cris, agitation violente. On lui donna un peu de nourriture, mais elle fut immédiatement expulsée de l'estomac. Il en fut de même, une demi-heure après, du lait que lui fit prendre sa nourrice; mais il ne rejeta pas une petite dose d'huile de ricin qui lui fut administrée peu de temps après. Il dormit ensuite, se réveillant et criant par intervalles, et chaque fois se renversant en arrière et se débattant des membres inférieurs. Vers sept heures et demie du soir, un peu de sang sortit par l'anus, et cette évacuation sanguine se renouvela de temps à autre dans la nuit, augmentant chaque fois de quantité, parfois avec mélange de mucosités, et s'accompagnant de beaucoup de ténesme. Dans la nuit, la mère du petit malade lui fit prendre un bain tiède, appliqua un sinapisme sur le ventre, et administra une nouvelle dose d'huile de ricin. Le matin, la situation étant toujours la même, je fus appelé et je ne balançai pas à diagnostiquer une invagination. L'enfant n'avait pas de très-vives douleurs; il ne prenait aucune nourriture; de temps en temps, il survenait des nausées, mais pas de vomissements. La mère assurait qu'il n'avait pas rendu l'huile de ricin; elle le trouvait plutôt un peu mieux; le pouls était à 120, fort; la peau sans chaleur; l'aspect de la face sans expression anxieuse, et l'œil brillant. Toutes les heures environ, il revenait un peu de ténesme, et à ce moment l'enfant rendait par l'anus quelques mucosités sanglantes écumeuses. Pas de distension de l'abdomen, qui était seulement un peu météorisé; une pression profonde au niveau et autour de l'ombilic éveillait une très-vive douleur; pas de tumeur dans le côté droit; mais, à gauche, dureté s'étendant de l'ombilic à la fosse iliaque, très-nettement appréciable par la palpation et la percussion. Les accidents ne paraissant pas très-pressants, je me bornai à prescrire des fomentations chaudes sur le ventre le reste de la journée. Le soir, l'état était à peu près le même;

j'essayai de faire prendre un lavement d'eau chaude, mais sans pouvoir y parvenir, à cause de la contraction spasmodique du rectum.

Depuis les premiers cas qui s'étaient présentés à mon observation, j'avais eu plusieurs fois occasion d'en causer avec des confrères, et j'avais vu que l'opinion générale s'accordait à regarder ces sortes d'étranglements comme se réduisant fréquemment d'une manière spontanée, sans aucune intervention de l'art, et à envisager les cas auxquels j'avais eu affaire, comme appartenant, suivant toute probabilité, à cette catégorie ; en sorte que, d'après le sentiment commun, ils n'auraient pas eu vraisemblablement une termison moins favorable si j'étais resté simple spectateur. Impressionné par cette manière de juger presque unanime, et désirant la soumettre au contrôle de l'expérience, les symptômes d'ailleurs paraissant n'avoir rien de pressant, je me déterminai à remettre l'insufflation au jour suivant, et jusque-là à abandonner le malade aux seules ressources de la nature. Mais le lendemain matin, je fus rappelé, et quand j'arrivai, l'enfant était mort. Dans la nuit, il avait été plus mal, avait perdu beaucoup de sang, et s'était éteint à six heures, probablement par suite de l'hémorrhagie, après quarante-deux heures de maladie.

Je fis l'autopsie dix heures après la mort. Le cadavre était pâle et exsangue. L'abdomen seul fut examiné. Tous les organes contenus dans cette cavité étaient normaux. L'intestin grêle, à partir de l'estomac jusqu'à douze pouces au-dessus de la valvule iléo-cœcale, était pâle et ne contenait que des gaz. La moitié du colon ascendant, les colons transverse et descendant formaient l'enveloppe externe d'une tumeur dure, qui n'était autre chose qu'une intussusception : la partie invaginée consistait dans les douze derniers pouces de l'intestin grêle et le cœcum, et elle remplissait complétement le colon et l'S iliaque, jusqu'à un pouce au-dessus de l'anus. Sans entrer dans plus de détails, nous ajouterons que, comme d'ordinaire dans ces sortes de cas, le cylindre invaginant était pâle, exempt de congestion et d'inflammation, mais qu'il n'en était pas de même de la portion invaginée qui, au contraire, était vivement congestionnée, enflammée, avec la membrane muqueuse, surtout celle de l'iléon, noirâtre et ulcérée.

Obs. V. Le cas suivant s'est présenté dans la pratique du docteur Pirie, avec qui il m'a été donné de le suivre ; c'est à l'obligeance de mon excellent ami que je dois de pouvoir publier ce nouvel exemple de succès dû à l'insufflation intestinale.

J. M***, petit garçon de quatre mois, vigoureux et bien développé, se réveilla le matin du 16 septembre 1863, poussant des cris qui témoignaient d'une vive souffrance, et passa dans le même état la journée et la nuit suivantes, n'ayant pas eu de garde-robe depuis six heures du matin. Le 17, dans la matinée, il évacua des mucosités sanguinolentes, sans matières fécales, et eut de nombreux vomissements le reste du jour. Appelé pour la première fois à voir l'enfant à cinq heures du soir, je le trouvai avec le visage pâle et altéré, la respiration précipitée, le pouls faible et fréquent, rendant par

l'anus des mucosités et du sang, et après avoir été mis au courant des symptômes précédents, je découvris au niveau du cœcum une tumeur arrondie, dure, et rendant un son mat à la percussion. Diagnostiquant sans hésiter un cas d'intussusception, je fis mettre de côté l'emploi des purgatifs, et j'insufflai l'intestin par le rectum au moyen d'un petit soufflet d'appartement. Il se produisit à ce moment, dans le ventre, un bruit paraissant causé par la distension du gros intestin, et il y eut à la suite une amélioration sensible dans les souffrances et l'agitation, mais pas d'évacuation fécale.

Le 19, à onze heures du matin, persistance de la constipation et des vomissements ; néanmoins, l'aspect de l'enfant semble meilleur que la veille. L'introduction d'une longue canule dans le rectum, dans le but de faire une seconde insufflation, donne lieu à l'évacuation d'une quantité considérable de matière fécale liquide; l'injection d'air n'en est pas moins répétée. — A deux heures après midi, l'enfant est mieux, la peau est fraîche, les vomissements ne se sont pas reproduits depuis avant midi. La dureté au niveau du cœcum existe toujours. Nouvelle insufflation, suivie d'un lavement d'eau chaude, qui n'est gardé que très-peu de temps. La mère de l'enfant trouve qu'il repose plus calme, paraît sensiblement soulagé, et pour un temps assez long, à la suite de chaque insufflation. — Onze heures du soir; la tumeur persiste, pas encore de garde-robe naturelle.

Le 20. Après une nuit assez agitée, l'enfant a rendu, à six heures du matin, une selle copieuse, bientôt suivie de plusieurs autres. — A neuf heures, la tumeur est notablement diminuée de volume, l'enfant a l'air beaucoup mieux et prend le sein avec empressement. Lavement d'eau chaude, qui est presque aussitôt rejeté. Une cuillerée à café d'huile de ricin. Le soir, la tumeur avait complétement disparu, l'intestin était libre, et l'enfant tout à fait en bon état.

Je regarde les cinq faits qui précèdent comme des exemples non douteux d'invagination inflammatoire. Il m'est arrivé de rencontrer dans ma pratique plusieurs autres cas qui, je crois, appartenaient à la même affection ; mais ils étaient obscurs, la symptomatologie n'en était ni complète ni suffisamment caractérisée ; nous n'avons donc pas à nous en occuper ici, et nous les laisserons de côté pour nous en tenir à ceux qui viennent d'être mis sous les yeux du lecteur.

De ce que l'intussusception intestinale n'est pas une lésion accessible à la vue ni à la main de l'observateur, comme une hernie ou un membre fracturé, il résulte que beaucoup de médecins se montrent sceptiques quand on vient leur dire qu'une médication a guéri un cas de cette maladie, et n'admettent l'intussusception qu'en voyant sous leurs yeux les résultats de l'autopsie. Certes, c'est là une preuve concluante ; mais quelque concluante qu'elle soit, c'est un genre de démonstration dont nous devons nous montrer désireux de nous passer. Selon mon sentiment, les symptômes de l'invagi-

nation ne prêtent pas à la confusion et ils peuvent se résumer en peu de mots : début brusque, vomissements opiniâtres, constipation rebelle, coliques revenant par accès, tumeur dure dans l'abdomen, et surtout selles teintes de sang. Tous ces symptômes peuvent se rencontrer dans d'autres maladies, mais quand ils se trouvent réunis, et principalement lorsque le dernier mentionné, les garde-robes sanglantes, se manifeste, je pense que personne ne doit éprouver de difficulté à porter un diagnostic positif et doit rester convaincu qu'il existe une intussusception, sans qu'il y ait besoin pour l'éclairer d'un examen nécroscopique.

Le pronostic, dans les cas de ce genre, est toujours d'une extrême gravité, et il importe au médecin de ne pas le dissimuler, dès que son diagnostic est fait. On cite, il est vrai, des cas nombreux où la nature a effectué la guérison par la mortification de la portion étranglée de l'intestin, suivie de la réunion des parties saines. Il y a environ deux ans, le docteur Hare eut l'occasion de mettre sous les yeux de la Société pathologique de Londres des pièces qui montraient avec quelle admirable perfection la nature opère une guérison de ce genre. Ces pièces provenaient d'un malade qui avait succombé à une affection tuberculeuse, trois mois après avoir présenté les signes d'une invagination à laquelle il avait survécu après avoir rendu par l'anus, au bout de quatorze jours, plusieurs pouces de l'intestin grêle. L'autopsie fit voir que la portion détachée provenait d'un point du tube intestinal situé à environ quinze pouces au-dessus du commencement du colon, et que la cicatrice était si parfaite qu'elle se montrait comme une simple ligne rouge au pourtour de l'intestin, avec un froncement circonférenciel du mésentère. Malgré cet exemple et les autres semblables, je ne conseillerais à personne de s'abstenir de traitement, et de compter sur la nature pour la guérison ; car, on a pu voir, par ma propre expérience, qu'une telle confiance peut être déçue, même dans les cas où il ne semble pas y avoir une urgence considérable.

Pour ce qui est du traitement, les purgatifs au début se présentent naturellement et en quelque sorte d'eux-mêmes ; mais en réalité, ils sont plus nuisibles qu'utiles, étant rarement gardés par l'estomac, et au cas où ils ne sont pas rejetés, n'ayant d'autre effet que de stimuler l'intestin et d'aggraver la maladie. Les lavements d'eau chaude peuvent rendre des services ; mais il est rare qu'on puisse les administrer efficacement, à cause de l'état d'irritation spasmodique toute particulière dont le rectum est habituellement le siége. Dans quelques cas où cet état de spasme n'existe pas ou

n'existe qu'à un faible degré, je ne doute pas que les lavements d'eau chaude, ou, comme je l'ai fait dans le troisième cas, des injections d'eau chaude et d'air à l'aide d'une seringue ne soient avantageux. Toutefois, la facilité avec laquelle on peut pousser de l'air dans le rectum, bien que spasmodiquement contracté au point de rendre impossible l'introduction même d'une cuillerée à café d'eau chaude, donne à ce moyen une véritable prééminence sur tous les autres, et étonne tous ceux qui sont témoins de son emploi. Le remède est toujours sous la main, même dans la plus pauvre chaumière, à quelque distance que l'on soit de la ville. L'application en est tellement simple, qu'elle ne requiert aucune instruction sur la manière d'y procéder. La seule chose nécessaire, c'est que l'air soit poussé dans l'intestin en assez grande quantité pour le distendre jusqu'au niveau du collet de la portion invaginée, ou, en d'autres termes, que l'opération soit continuée jusqu'à ce que le petit malade commence à éprouver une certaine gêne et que le ventre devienne sensiblement ballonné. Entre autres moyens mis en usage pour procurer la guérison, les archives de la science renferment des cas où l'on n'a pas craint d'ouvrir l'abdomen pour réduire l'invagination. Cette réduction n'est pas facile après la mort, comme j'ai pu m'en assurer dans le quatrième cas rapporté ci-dessus, où j'ai eu beaucoup de peine à faire repasser l'intestin grêle tuméfié à travers la valvule iléo-cœcale, qui semblait encore en quelque sorte spasmodiquement resserrée ; aussi ne me paraît-il pas douteux qu'elle n'offre encore bien plus de difficulté pendant la vie.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Nouveau mode de préparation de la potion gommeuse du Codex.

La potion gommeuse du Codex est souvent demandée aujourd'hui dans les pharmacies. Sa préparation exige plusieurs pesées et l'emploi d'un mortier. M. Magne-Lahens, pour cette potion, a recours à un procédé commode, expéditif, et qui donne un bon résultat.

Il consiste dans l'emploi du sirop suivant, qu'une simple addition de suffisante quantité d'eau convertit en potion gommeuse, à mesure du besoin.

Gomme du Sénégal choisie...........	80 grammes.
Eau distillée de fleurs d'oranger.......	160 grammes.
Sucre en poudre grossière...........	200 grammes.
Eau simple.........................	60 grammes.
Total.....	500 grammes.

On fait fondre à froid la gomme dans les deux liquides, puis on ajoute le sucre, et on passe au blanchet.

Il y a dans ces 500 grammes de sirop officinal de quoi obtenir, avec Q. S. d'eau, dix potions gommeuses. Chacune d'elles contiendra, comme la potion du Codex :

Gomme............................	8 grammes.
Eau distillée de fleurs d'oranger........	16 grammes.
Sucre............................	20 grammes.

Dans plusieurs pharmacies de Paris, on se sert depuis longtemps déjà d'un sirop semblable pour préparer la potion gommeuse du Codex.

Moyen très-simple de développer l'arome des teintures d'ambre.

L'ambre a été étudié par Geoffroy, Rose, Bouillon-Lagrange, Pelletier et Caventou père ; leurs recherches ont fait connaître la composition chimique de cette substance, mais elles n'ont pas permis de déterminer quelle est son origine. Swédiaur regarde l'ambre comme un excrément de la sèche, ou un bezoard du cachalot ; l'ambre est donc encore un produit inconnu, une substance *sui generis*, bien plus employé comme parfum que comme médicament.

La teinture d'ambre, que l'on trouve dans le commerce de la parfumerie, n'étant pas la même que celle des pharmaciens, nous avons cherché à en établir la différence ; nous l'avons trouvée dans les doses de l'ambre employé.

Quelques pharmacopées prescrivent de piler l'ambre, de l'introduire dans un matras avec de l'alcool, de l'y laisser en contact pendant quatre à cinq jours, après ce temps, de chauffer au bain-marie jusqu'à ce que l'alcool entre en ébullition, de laisser refroidir et de filtrer. — M. Guibourt a constaté que cet alcoolé, fait d'après ce procédé, laisse déposer une petite matière noire, indéterminée, et quelquefois de l'ambréine, ce qui nuit à la qualité de la teinture.

Pour prévenir la formation de ce dépôt, nous avons entrepris quelques essais ; ils nous ont montré que, si on porphyrise l'ambre au lieu de le piler, on a des chances de ne jamais voir se former de dépôt dans la teinture ; que la teinture faite avec l'ambre porphyrisé présente une odeur plus suave, plus pénétrante, plus divisible, que celle qu'on obtient avec une teinture préparée par les procédés ordinaires.

L'ambre, lorsqu'il est seul, se porphyrise difficilement ; il faut lui ajouter un corps étranger qui aide à sa division ; le grès lavé

avec l'eau distillée est le mieux indiqué, puisque l'alcool ne dissout aucun élément de ce corps. Le sucre pourrait être employé, mais il n'offre pas le même avantage.

A quelle cause doit-on attribuer la différence que nous signalons dans l'arome d'un alcoolé fait par un procédé ou par un autre, tout en contenant les mêmes proportions? Tient-elle à ce que, dans la formule qui prescrit l'emploi de la chaleur, l'ambre éprouve des modifications qui en altèrent l'arome? Ou bien, dans l'autre cas, l'ambre porphyrisé offre-t-il plus de points de contact à l'alcool, et la dissolution est-elle mieux faite? Ou bien encore l'ambre, par un frottement prolongé, éprouve-t-il des modifications qui tournent à l'avantage de son arome, comme cela a lieu pour beaucoup de substances? Nous laissons aux lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* à résoudre ces questions, nous résumant dans ce fait, qu'une teinture préparée avec de l'ambre porphyrisé est bien préférable à celle qui est faite avec l'ambre qui n'est que pulvérisé.

Stanislas Martin.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

De la vulvite chez les petites filles.

La vulvite, ou inflammation de la vulve, se rencontre chez les enfants les plus jeunes comme chez les plus âgées. Il y en a de plusieurs espèces que nous devons indiquer séparément :

1° Vulvite simple; 2° vulvite diphthéritique; 3° vulvite ulcéreuse ; 4° vulvite gangréneuse ; 5° vulvite syphilitique.

La *vulvite simple* commence par un érythème très-léger de la muqueuse de toute la vulve, avec ou sans démangeaisons ; elle s'observe chez les enfants les plus jeunes, quelquefois peu de semaines après la naissance; elle est caractérisée par de la rougeur et un prurit avec suintement muqueux; elle reconnaît pour cause la malpropreté et donne lieu à de l'écoulement, de la leucorrhée, si commune chez les petites filles. Dès qu'on la constate, on la fait cesser par des lotions d'eau fraîche ou légèrement astringente. Si on néglige ces lavages, il arrive très-souvent que les lèvres de la vulve se collent, ce qui constitue l'adhésion des lèvres; quelquefois cette adhésion est congénitale, c'est-à-dire formée avant la naissance, mais nous n'en avons pas constaté de cas bien positifs. Nous avons été très-souvent consulté par des parents et même par des confrères qui croyaient à

une oblitération du vagin, laquelle consiste, en de tels cas, dans des adhérences des grandes lèvres formées par des fausses membranes transparentes, très-minces, analogues à celles qu'on rencontre entre le prépuce et le gland chez plusieurs petits garçons qui ont eu des balanites et chez lesquels le gland ne se découvre pas. Cette fausse membrane tient les grandes lèvres accollées, mais ne couvre pas le méat urinaire, ce qui fait que les enfants ne sont pas gênés pour uriner; elle se décolle et se déchire très-facilement à l'aide d'un stylet mousse ou bien en faisant un léger effort d'écartement des lèvres. En pratiquant cette petite opération, on évite pour l'avenir une adhérence plus solide, qui peut occasionner de la gêne à l'époque ou les règles apparaissent. Alors une opération plus douloureuse devient utile. Lorsque les grandes lèvres sont écartées, il est bon de placer quelques brins de charpie qui empêchent de nouvelles adhérences; quelques lotions avec de l'eau et de l'extrait de Saturne, faites deux ou trois fois par jour, sont utiles, et peuvent mettre à l'abri d'une récidive, qui se voit assez souvent.

Il faut ajouter que nous avons vu quelquefois la vulvite déterminée par des oxyures vermiculaires qui se trouvaient dans le rectum, et, passant de l'anus à la vulve, y provoquaient l'inflammation de la muqueuse. Dans ces cas, les petites filles ont de très-vives démangeaisons qui peuvent les porter à la masturbation; il importe donc de triompher rapidement de ces accidents. Les onctions mercurielles, les suppositoires au calomel, les infusions d'absinthe en lotions, les bains sulfureux, sont les meilleurs moyens à mettre en usage pour détruire ces helminthes, et faire disparaître l'irritation phlegmasique qu'ils avaient causée.

La *vulvite diphthéritique* est caractérisée par des fausses membranes; on rencontre cette espèce de vulvite soit d'emblée chez des enfants qui ne présentent pas encore d'autres manifestations morbides, soit plus souvent chez des petites filles atteintes ou menacées de diphthérite dans d'autres parties, le pharynx, le larynx, les amygdales. La face interne des grandes lèvres est tapissée de fausses membranes blanches, plus ou moins solides, analogues à celles qu'on rencontre sur les amygdales dans l'affection pseudo-membraneuse véritable. Lorsqu'on décolle ces fausses membranes, le tissu sous-jacent est saignant; elles tendent à se reproduire; les ganglions de l'aine sont souvent engorgés; de plus, l'état général est plus ou moins languissant, et il y a souvent de la fièvre.

Cette affection annonce souvent que l'enfant est atteinte d'une diphthérite généralisée; aussi résiste-t-elle aux moyens locaux le

plus ordinairement, et même les moyens généraux en triomphent rarement. Bien que le pronostic en soit grave, il ne faut cependant pas négliger d'agir et par les topiques et par un traitement général. Les moyens locaux consistent dans l'application du nitrate d'argent, soit en nature, soit en solution ; le jus de citron peut aussi être employé avec succès, ainsi que les insufflations d'alun et de tannin. Ces moyens réussissent surtout quand il n'y a pas de diphthérite générale, car si elle existe, les moyens généraux sont les seuls capables de modifier la maladie. Il ne faut pas confondre cette fausse membrane avec celle qu'on retrouve chez des enfants syphilitiques : ceux-ci ont, en général, d'autres symptômes concomitants, chancres, plaques muqueuses, etc.

Vulvite ulcéreuse. — Il n'est pas rare de rencontrer chez les petites filles des ulcérations ou des excoriations à la face interne des grandes lèvres ; elles s'observent dans les cas de vulvites simples négligées ; elles sont aussi le fait de mauvais soins dans les cas surtout où les enfants sont affectés de leuchorrée ; elles peuvent être déterminées par la masturbation répétée ; elles n'ont aucun caractère syphilitique et sont cependant quelquefois accompagnées de plaques muqueuses. Les unes et les autres cèdent à des moyens locaux, bains entiers et locaux, lotions astringentes, eau blanche, application de jus de citron, d'eau chlorurée, de nitrate d'argent et principalement à des soins de propreté, suivis d'un pansement qui consiste à tenir les lèvres écartées par de la charpie.

La *vulvite gangréneuse* est souvent une terminaison des vulvites dont nous venons de parler ; elle ne se déclare cependant que lorsque les enfants sont dans de fâcheuses conditions de santé générale : on l'observe à la suite des fièvres graves, des maladies adynamiques et de certaines scarlatines graves ; elle est caractérisée par une transformation de la muqueuse qui tapisse les grandes lèvres et toute la vulve en tissu noirâtre qui constitue une véritable eschare molle et humide, laquelle tend à se développer, à gagner du terrain, tant que la maladie est abandonnée aux efforts de la nature.

Le traitement doit être local et général : l'indication principale consiste à combattre la maladie qui débilite l'enfant ; ainsi les toniques de différentes espèces, quinquina, amers, bouillon, vin, café, etc., doivent être placés en première ligne.

Le traitement local n'est pas moins indispensable ; les applications de jus de citron, les poudres de quinquina et de camphre, les lotions vineuses, etc., peuvent suffire ; mais ces moyens échouent

souvent, et le meilleur pour limiter la gangrène est l'emploi du fer rougi à blanc; la cautérisation doit dépasser la limite formée par l'eschare, qui souvent encore peut être franchie par le mal le lendemain. Lorsque ce moyen local énergique réussit, il reste un large ulcère, véritable brûlure plus ou moins profonde, qui réclame le pansement des brûlures dans cette région. Il est important d'appliquer des poudres de quinquina et de charbon légèrement camphrées; les lotions avec le vin aromatique ou l'eau chlorurée, peuvent être utiles. Enfin toutes les précautions possibles pour éviter les adhérences des lèvres sont de la plus haute importance; des pansements faits avec soin doivent être fréquemment renouvelés.

Vulvite syphilitique. — Elle est caractérisée par des chancres ou des pustules muqueuses. Hâtons-nous de dire que les plaques muqueuses qui s'observent entre les grandes lèvres et qu'on remarque aussi à l'anus, ne sont pas toujours de nature syphilitique, qu'elles se développent souvent sous l'influence des mauvais soins, de la malpropreté, et qu'alors elles cèdent aux lavages d'eau blanche, aux applications de nitrate d'argent, aux grands bains, sans qu'un traitement général soit nécessaire. Quand, au contraire, ces plaques muqueuses résistent à ces moyens et qu'elles se trouvent accompagnées de véritables chancres, ou de pemphigus de nature syphilitique, il faut, indépendamment des soins de propreté, y ajouter des cautérisations et un traitement général constitué, soit par les bains de sublimé, soit par la liqueur de Van Swieten, à l'intérieur, ou le protoiodure de mercure. Cette affection, chez les très-jeunes enfants, est héréditaire et apparaît souvent quinze ou vingt jours après la naissance; chez les enfants plus âgés, de huit à dix ans, par exemple, elle est acquise et produite par le contact d'individus atteints de syphilis.

Nous avons appliqué avec avantage aux petits nouveau-nés le traitement suivant:

Tous les jours un bain dans une baignoire de bois, avec addition de sublimé de 2 à 4 grammes; tous les jours également huit à dix gouttes de liqueur de Van Swieten dans une petite cuillerée de sirop de gomme.

Si la mère nourrit, il faut la soumettre à un traitement général. Si l'enfant ne peut être allaité par sa mère, il est indiqué de ne pas le donner à une nourrice, et, tout en faisant le traitement prescrit, de le nourrir au biberon; nous pensons que, dans quelques cas, il sera avantageux de nourrir l'enfant avec le lait d'une chèvre soumise aux frictions mercurielles; il sera de la plus grande importance

de bien soigner la bête, qui devra vivre le plus possible en plein air, afin que son lait soit de la meilleure qualité.

On pourra encore nourrir ces enfants syphilitiques avec le lait conseillé par le docteur Labourdette ; on sait que ce lait arrive tous les jours à Paris ; il est le produit de vaches nourries dans les pâturages de la Normandie, mais qui, tous les jours, prennent un bol d'iodure de potassium préparé exprès et fidèlement administré aux bêtes avant leur départ pour le pâturage et à leur retour ; nous connaissons de bons résultats de l'usage de ce lait, que nous prescrivons dans les cas de syphilis et de scrofule chez les nouveau-nés.

P. Guersant.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique de la pierre dans la vessie, par M. le docteur Dolbeau, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hospice des Enfants assistés, membre de la Société de chirurgie, etc.

De tout temps les discussions soulevées par l'étude thérapeutique des voies urinaires ont été vives. De ces polémiques maintes fois passionnées, le livre dont il s'agit ici ne transmet pas le plus faible écho. C'est justice rendre à l'auteur que de constater sa résolution à se tenir sur un terrain différent. A part les difficultés nombreuses inhérentes à son sujet, il devait rencontrer là un écueil redoutable. La diversité des recherches auxquelles le traitement de la pierre a donné lieu, mettait en effet entre ses mains la plupart des documents qui lui étaient nécessaires. Comment dès lors admettre ce parti pris de passer sous silence les efforts individuels de ses laborieux devanciers ? Sans retomber dans les critiques acerbes auxquelles nous croyons, avec M. Dolbeau, « que la pratique n'a rien à gagner, » était-il impossible de consacrer aux travaux antérieurs une appréciation de leur valeur comparative? Il est de toute évidence que l'analyse bibliographique dont nous parlons n'a pas été négligée ; mais en nous initiant en quelque sorte à son étude préliminaire de la question, l'auteur nous eût plus sûrement gagné à ses opinions définitives. Il faut bien le dire aussi, *suum cuique ;* or, la part de mérite qui revient à chacun nous paraît loin d'être toujours assez nettement assignée. Il était juste de signaler cette lacune. Elle est à nos yeux d'autant plus regrettable que l'ouvrage dans son ensemble se recommande par d'incontestables qualités.

Le plan en est conçu avec une parfaite méthode ; l'exposition en est simple et lucide ; les détails y sont traités avec un soin scrupuleux.

Le traité pratique de la pierre est divisé en deux parties. La première est occupée par la description des caractères physiques et chimiques des calculs vésicaux, par l'étude de leur étiologie, par celle de leurs symptômes et de leur diagnostic. Nous recommandons particulièrement ce dernier chapitre. Il n'est personne que le problème du diagnostic n'intéresse ; et les considérations auxquelles la solution se prête seront au lit du malade d'un salutaire souvenir. Partant de cette observation que les désordres entraînés par la présence d'un calcul dans le réservoir de l'urine sont essentiellement variables, et qu'aucun d'eux ne fournit un signe pathognomonique de l'affection qui l'a fait naître, l'auteur pose l'exploration vésicale comme condition expresse de la certitude séméiologique. De là, l'opportunité des minutieux développements accordés aux règles de cette exploration. En somme, on y trouvera qu'après s'être enquis par le cathétérisme pratiqué avec une bougie molle, du degré variable à l'infini de la sensibilité de l'urètre, on doit avoir recours à une sonde métallique dont la courbure appartienne à un court rayon. C'est celle que Tolet a le premier proposée, il y a près de deux siècles, qui fut adoptée ensuite par Deschamps, et dont M. Civiale a fortement contribué de nos jours à vulgariser l'usage. Quelque avantage que présente cet instrument, il est des cas où le calcul, soit en raison de son enchatonnement entre deux colonnes de la vessie, soit à cause de l'exiguïté de son volume, échappe au contact le plus habilement provoqué. Alors, l'emploi méthodique du trilabe, ou simplement d'un petit brise-pierre explorateur, répond à l'indication.

Abordant ensuite l'énumération des difficultés que la présence d'un calcul oppose au cathétérisme, l'auteur décrit soigneusement chacune d'elles. Nous n'avons pas vu toutefois qu'il fût fait mention d'un obstacle qui, pour être accidentel, n'en est pas moins assez fréquent et embarrassant dans la pratique. Nous voulons parler d'une fausse route siégeant à la face inférieure du canal, au niveau de la région prostatique, et due à des tentatives préalables poussées avec une intempestive vigueur. La sonde conseillée pour l'exploration, et qui convient à merveille pour la pluralité des cas, risquerait, croyons-nous, de s'engager dans l'orifice d'un cul-de-sac artificiellement créé, au lieu de le franchir en le déprimant. Dans ces conditions spéciales, le cathéter à courbure brusque et formant un

angle de 110 degrés, serait l'instrument auquel nous aurions préférablement recours.

En tout état de cause, l'accomplissement de l'exploration méthodique est d'une importance capitale. De cette investigation dépend toute certitude dans le diagnostic; elle est le mobile du choix entre les procédés chirurgicaux. Chacun le sait, ces procédés sont la lithotritie ou la taille : la lithotritie, mesure de règle générale; la taille, mesure d'exception. L'exposition de ces deux méthodes, du manuel opératoire qu'elles réclament, des difficultés qu'elles présentent, et des complications dont elles sont susceptibles, remplit la deuxième partie du livre.

On n'attend pas de nous que nous suivions l'auteur dans les détails qu'il consacre à ces différents points de son sujet. Pour la lithotritie, comme pour la taille, les principes qui régissent les manœuvres chirurgicales sont tracées avec une netteté et une concision égales ; chaque temps de l'opération est soigneusement défini; aucun accessoire n'est négligé. A l'égard de ces descriptions purement didactiques, nous ne saurions mieux faire que de renvoyer nos lecteurs au traité lui-même. Ils y trouveront un exposé qui perdrait à n'être pas rapporté textuellement.

Disons seulement que pour une lithotritie donnée, M. Dolbeau ne croit pas suffisant d'être muni d'un seul brise-pierre. Il conseille d'avoir sous la main plusieurs instruments construits sur le même modèle, mais suivant une échelle proportionnelle déterminée, et qu'il regarde comme indispensables pour mener le plus souvent à bonne fin le broiement d'un calcul. C'est là une innovation; nous nous hâtons de la signaler, pour que chacun puisse en apprécier les avantages, et que le mérite en revienne à qui de droit.

Après l'exposition particulièrement lucide et méthodique des règles de la lithotritie appliquée aux cas simples et aux cas compliqués, vient le chapitre des accidents; nous dirons un mot des accès fébriles pernicieux, et de la doctrine professée à l'endroit de leur traitement. L'état congestif du rein, et l'urémie consécutive seraient le principe de cette fièvre. Son indication thérapeutique fondamentale consisterait dans l'emploi des antiphlogistiques et de tous les agents propres à favoriser l'élimination de l'urée. Quant au sulfate de quinine, « il faut, dit l'auteur, le donner avec une certaine espérance, mais sans cependant attacher une trop grande importance à l'ingestion de ce médicament... il ne guérit les accès intermittents que lorsqu'ils auraient cédé d'eux-mêmes, ainsi que cela s'observe tous les jours. » Pour notre compte, nous accordons une

confiance meilleure à l'action du sulfate de quinine, et à son administration préventive. En revanche, nous adoptons avec empressement la conclusion générale que voici ; elle est le fruit des savants enseignements recueillis par l'auteur ; de plus l'insistance qu'il met à la formuler lui imprime le cachet de l'expérience personnelle : Plus on met de lenteur et de prudence dans les manœuvres, moins on a de chance de provoquer des accidents, et plus on approche du but qu'on se propose, la destruction de la pierre... Il faut aller doucement et lentement pour obtenir des résultats.

La cystotomie n'intervient guère de nos jours dans le traitement chirurgical de la pierre qu'à titre d'*ultima ratio;* mais il se peut que ce mode opératoire s'impose avec les difficultés de son exécution et les dangers de ses suites, comme une nécessité inévitable. Du parallèle établi avec détails entre les diverses méthodes chirurgicales, il résulte que la taille *bilatérale* et la taille *pré-rectale* sont les deux procédés auxquels la préférence doit être accordée. Le premier l'emporte par la simplicité des manœuvres et les garanties qu'il fournit contre la blessure du rectum. La taille bilatérale conviendra donc mieux chez les enfants. La taille pré-rectale ouvre au calcul une voie large, directe et brève, qui la recommande pour l'extraction des calculs volumineux ; mais dans les cas ordinaires, la rapidité et la facilité plus grandes de la cicatrisation militent en faveur de la taille bilatérale.

Des accidents consécutifs à la taille, le plus redoutable sans contredit est l'infection purulente. A ce sujet, l'auteur appelle l'attention sur l'importance extrême de ménager au bulbe son intégrité. La suppuration du tissu érectile offre en effet au développement de semblables désordres des éventualités particulièrement favorables. Une autre complication sur laquelle le traité de la pierre fournit des documents pleins d'intérêt, est la production de lambeaux membraneux qu'on voit, dans les jours consécutifs à l'opération, s'éliminer par la plaie. Il ressort de recherches micrographiqnes entreprises à ce sujet, que ces produits, dont la nature est souvent pseudo-membraneuse, sont constitués parfois par la muqueuse vésicale elle-même. La chute de la muqueuse serait due alors à la phlogose du tissu cellulaire sous-jacent, et au sphacèle des parties correspondantes de cette membrane.

Il nous reste à mentionner une proposition dont l'initiative appartient à M. Dolbeau. Elle a pour principes d'une part la difficulté insurmontable que rencontre l'extraction des calculs volu-

mineux, d'autre part les dangers toujours sérieux qu'entraîne la taille, quelque limitée qu'on la suppose ; son but est de substituer une opération nouvelle à la méthode généralement adoptée, qui consiste à pratiquer une incision périnéale, ayant pour limites l'étendue même de la prostate ; puis à fragmenter la concrétion, et à en extraire les débris par la plaie. Sous le nom de *lithotritie périnéale*, le procédé chirurgical dont il s'agit a pour avantage de ménager le bulbe, et de n'intéresser que la région membraneuse de l'urètre qui est incisée dans l'étendue d'un centimètre. Au moyen d'un dilatateur dont le mode d'action a été l'objet d'expériences réitérées, on triomphe sans trop de peine de l'étroitesse primitive ou acquise que présente la région prostatique. On pénètre ainsi dans la vessie, où le calcul est broyé ; puis on procède, séance tenante, à l'extraction des fragments. Elle se fait à travers les voies qu'on a préparées, et à travers l'incision urétrale. Cette idée séduisante a besoin sans doute que l'expérience lui donne sa sanction ; mais entre les mains de son promoteur, son application a été déjà couronnée de succès propres à encourager.

En résumé, les praticiens trouveront dans la lecture du traité de la pierre des enseignements nombreux et utiles. La sobriété excessive peut-être des discussions y est rachetée par une exposition d'une netteté parfaite. Bref, ce livre méthodique et précis, où se reconnaît l'expérience personnelle du chirurgien, sera d'un précieux conseil, en présence des difficultés inopinées de la clinique.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Coup d'oeil sur le traitement des fractures en V. — Parmi les grades universitaires trop longtemps négligés figure le doctorat en chirurgie. Ce titre, qui rappelle une ancienne dichotomie, et même un vieil antagonisme, a pourtant une utilité si bien sentie, que depuis quelques années une réaction se prononce en sa faveur. Quelques-uns des laborieux élèves, les internes qui veulent s'établir dans les villes où siégent les écoles secondaires, et qui briguent d'occuper une chaire dans la ligne chirurgicale, ne se contentent plus du seul diplôme de docteur en médecine. Ils complètent leurs études par les épreuves du doctorat en chirurgie. La Faculté seconde ce mouvement en se montrant très-sévère pour décerner ce titre ; la difficulté d'obtenir ce grade en

rehausse la signification. Comme ce diplôme n'est pas indispensable, il est juste, en effet, qu'elle veuille le faire acquérir brillamment.

La chirurgie navale, dont nous nous plaisons à reconnaître le zèle pour la science, n'est pas la dernière à entrer dans cette voie. Ainsi, nous avons assisté, il y a quelques mois, aux épreuves qu'a subies un de nos jeunes collaborateurs, le docteur Bérenger-Féraud, chirurgien de première classe de la marine, et nous allons nous occuper un instant du sujet qu'il a pris pour titre de sa thèse [1].

La question des fractures en V n'est pas nouvelle pour nos lecteurs, nous en avons parlé déjà en 1855, lorsque M. Gosselin l'a soumise pour la première fois à la Société de chirurgie; mais la solution manquait, et c'est parce que M. Féraud l'a donnée en grande partie, que nous sommes conduits à nous en occuper de nouveau.

Le docteur Bérenger-Féraud commence par un avant-propos qui montre que, quoique ayant occupé la science, depuis les mémoires de la célèbre Académie de chirurgie, la question de l'opportunité de l'opération ou des tentatives de conservation dans les fractures compliquées n'est pas vidée; il fait ressortir que toutes les raisons qui ont été données pour ou contre l'opération, n'ont pas porté les fruits qu'on devait en attendre, parce que leurs auteurs les ont présentées d'une manière trop générale, et il insiste sur ce fait, que c'est par la catégorisation précise des cas de traumatisme que l'on entrera dans la véritable voie du progrès pour ce qui regarde l'opportunité de l'amputation.

Ayant ainsi justifié l'utilité du sujet qu'il a pris pour son dernier acte probatoire, notre collaborateur rappelle que c'est M. Gosselin qui a le premier attiré l'attention de la science sur les fractures en V. Cet habile chirurgien avait attribué la gravité excessive de ces fractures à une intoxication produite par le développement de matières organiques putrides; mais cette opinion, repoussée par ses collègues de la Société de chirurgie, n'avait pas été combattue par l'explication satisfaisante de la cause des accidents. On admettait encore un *quid ignotum*, dont la nature n'était pas suffisamment précisée.

M. Féraud a formulé une théorie : « Je suis arrivé à penser, dit-il, que cette gravité des fractures cunéennes ou en V ne doit

---

(1) *Des fractures en V, au point de vue de leur gravité et de leur traitement.* Brochure in-8°. A. Delahaye, 1864.

plus être aujourd'hui un problème impénétrable, que l'arthrite traumatique seule en rend parfaitement compte, et que c'est à cette arthrite qu'il faut la rapporter tout entière. » Il appuie sa proposition sur trois ordres de preuves : 1° sur l'inspection anatomique de ces fractures; 2° sur l'observation de l'âge des sujets qui les présentent ; 3° sur l'étude des accidents qu'elles entraînent.

Les preuves qu'il tire de l'examen anatomique sont irréfutables : les observations de MM. Gosselin, Chassaignac, Lizé (du Mans), Prud'homme, etc., les pièces du musée Dupuytren, et celles que possèdent les musées d'anatomie des écoles de médecine navale sont unanimes pour prouver que dans tous les cas l'articulation

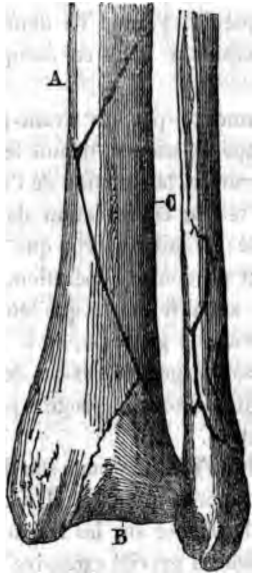


Fig. 1.

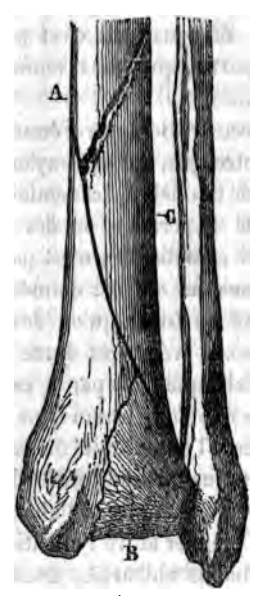


Fig. 2.

est ouverte et dans les quatre figures ci-jointes, nous voyons en effet une forme remarquable et toujours la même du trait de cassure, ainsi que l'existence d'une esquille triangulaire *mobile* B, entraînant toujours l'arthrite traumatique, et constituant un corps étranger articulaire qui ouvre la porte aux accidents lorsque, bien entendu, la fracture est compliquée de plaie.

Pour ce qui est de l'âge, l'auteur fait remarquer avec raison que les enfants n'ont jamais de fracture en V, parce que à cet âge l'indépendance des extrémités des os entraîne plutôt comme complication le décollement des épiphyses.

Enfin, les observations de fractures en V que possède la science, montrent que les accidents qu'on a constatés sont bien le résultat de l'arthrite traumatique. M. Bérenger-Féraud insiste sur la distinction qu'il faut faire entre les fractures en V, suivant qu'elles sont ou non compliquées de plaie; il faut distinguer, dit-il, les fractures en V compliquées de plaie de celles qui ne présentent pas de dilacération cutanée. En effet, « lorsque M. Gosselin a montré dans son mémoire les dangers si grands des fractures en V avec plaie, quand il a fait voir que la mort est une conséquence qu'on pourrait appeler fatale, presque, tant elle est fréquente dans ces cas

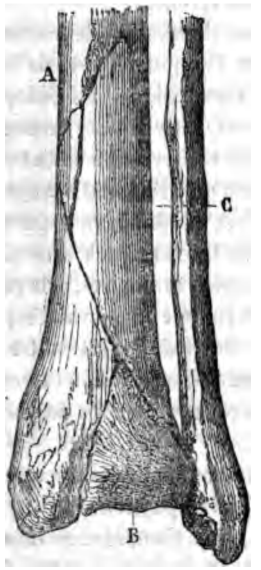


Fig. 3.

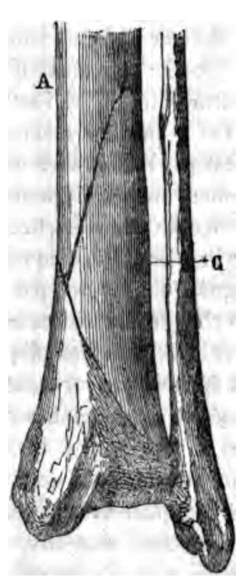


Fig. 4.

de traumatisme, on lui a objecté des cas bien avérés de guérison de fractures en V sans plaie, et on s'est basé sur ces faits, très-bien observés, très-clairement établis, du reste, pour contester la gravité du pronostic que portait le savant professeur de pathologie chirurgicale.

« Lorsque, à mon tour, j'ai présenté à l'Académie de médecine mon travail sur la cause des accidents des fractures dont avait parlé M. Gosselin, les mêmes objections ont été faites. M. le docteur Mouchet, entre autres, a publié, dans la *Revue médicale* du 30 avril 1864, une observation intitulée *Cas de fracture en V traité autrement que par l'amputation*, faisant la critique de la conclusion que je venais de formuler.

« Mais, qu'il me soit permis de le dire, les objections qu'on a opposées au pronostic porté par M. le professeur Gosselin, qu'on oppose actuellement à ma conclusion thérapeutique, n'ont pas de raison d'être ; elles n'infirment rien dans la question, et il va m'être facile de le démontrer. En effet, on a oublié que toutes les fractures en V n'étaient pas mises en question, que je ne formulais la nécessité de l'amputation immédiate que dans les cas de fractures cunéennes compliquées de plaie ; par conséquent, présenter des cas de guérison de fractures sans plaie pour combattre notre opinion, c'est comparer sans raison des objets dissemblables et vouloir nécessairement arriver à des conclusions erronées.

« M. le docteur Mouchet publie une observation de fracture en V sans plaie guérie autrement que par l'amputation, mais la chose n'est pas extraordinaire. Si l'arthrite traumatique se développe fréquemment et a entraîné même la mort dans des cas analogues au sien, il n'est pas rare que les essais de conservation soient couronnés du meilleur succès. La preuve, c'est qu'à l'hôpital Beaujon, dans le seul service de M. Gosselin, il s'est présenté, rien que dans le courant de l'année 1863, cinq cas de ces fractures en V sans plaie. Ils ont été soignés tous les cinq par les moyens ordinaires, et la guérison est arrivée chaque fois heureusement, comme on pouvait l'espérer. »

Pour les fractures compliquées de plaie, c'est autre chose, M. Féraud fait voir que sur trente-deux cas, où la lésion osseuse était accompagnée de cette complication, la conservation n'a pas donné un seul succès.

Il montre ensuite qu'il ne faut pas confondre les fractures en V compliquées de plaie avec la luxation de Dupuytren.

« On m'objectera peut-être, dit-il, que l'amputation immédiate dans les fractures en V compliquées de plaie ne saurait être formellement indiquée pour cette raison que, dans la fracture du péroné avec luxation du pied et arrachement de la malléole interne, la conservation du membre est la règle la plus ordinairement suivie, la plus généralement couronnée de succès.

« Mais je crois que cette objection, comparant encore des faits de nature dissemblable, ne saurait être maintenue. En effet, dans la luxation du pied en dehors avec fracture du péroné et arrachement de la malléole interne, quels sont les désordres anatomiques que nous rencontrons ?

« 1° Nous trouvons une plaie transversale nette, linéaire, un peu au-dessus du niveau de la base de la malléole interne, et qui résulte de l'angle osseux aigu sur la peau très-tendue;

« 2° Un arrachement de la malléole interne dont la base est rarement plane, mais dont les anfractuosités ne sont jamais profondes ;

« 3° Enfin l'ouverture de l'articulation, la fracture du péroné, etc., etc.

« Toutes ces raisons semblent infirmer de prime abord notre proposition touchant les fractures en V avec plaie ; mais, en observant les faits de près, nous voyons que les idées se modifient du tout au tout à ce sujet. En effet, si nous avons au moment de l'accident une dilacération articulaire et osseuse communiquant avec une plaie extérieure, examinons au contraire l'état des parties après la réduction : l'articulation a repris ses dimensions normales et ne contient ni sang ni liquide, au moins en notable quantité. La division des ligaments est devenue linéaire par le fait de cette réduction. La malléole interne, replacée contre le tibia, lui adhère presque déjà par la forme des surfaces en contact. Enfin la plaie des téguments, qui existait au moment de la distorsion du pied au niveau de l'articulation, siége maintenant notablement au-dessus ; le parallélisme de la plaie extérieure avec l'ouverture de l'articulation a disparu ; la circulation de l'air à la surface de la séreuse ne se fait pas. Bref, le traumatisme est réduit à l'état de luxation et de fracture sans plaie, si je puis m'exprimer ainsi ; et c'est pour cette raison que les fractures en V avec plaie ne sauraient être assimilées, au point de vue clinique, avec ces lésions, nous ne pouvons les comparer à la luxation de Dupuytren sous le rapport de l'indication thérapeutique.

« Faut-il craindre, en dernier lieu, qu'on m'objecte que, dans les deux cas, il y a lésion osseuse et ouverture de l'articulation ? Non, car sous peine de vouloir assimiler deux objets radicalement différents et comparer des faits dissemblables, on ne peut rapprocher cette fissure osseuse de la fracture en V, fissure qui vient de loin, depuis la diaphyse jusqu'à la surface articulaire de l'os qui, soit qu'on la trouve anfractueuse, soit qu'on la remarque lisse, fait communiquer la cavité médullaire de l'os avec l'articulation, et comprend le tissu compacte comme le tissu spongieux, on ne peut la comparer, dis-je, avec l'arrachement d'une apophyse sur sa base.

« Je suis autorisé, il me semble, pour ces diverses raisons, à dire que la luxation de Dupuytren, ne présentant que des liens éloignés de similitude avec les fractures en V avec plaie, ne peut servir dans la question actuelle et infirmer ou appuyer ma proposition. »

La déduction thérapeutique tirée de ces propositions est que : Si dans les fractures en V sans plaie, la conservation est la ligne de conduite à suivre, l'amputation immédiate est la règle qu'il faut adopter quand ces fractures sont compliquées d'une large dilacération des téguments qui les met en contact avec l'air. Empruntons textuellement cette déduction thérapeutique au travail original.

« 1° Ces fractures en V, qui sont des fractures déjà graves par le fait de la pénétration des traits de la cassure venus de loin dans l'articulation, se rangent sous deux catégories distinctes, suivant qu'elles sont ou non compliquées de plaie;

« 2° Celles qui sont exemptes de dilacération cutanée sont toujours, il est vrai, des fractures graves, exposant particulièrement le blessé à l'arthrite traumatique, mais pouvant très-bien guérir par les efforts ordinaires de la chirurgie conservatrice ;

« 3° Les fractures en V avec plaie, étant des fractures comminutives compliquées de plaie extérieure, de fissures articulaires venant de loin, et d'esquilles nombreuses, entraînent si souvent la mort, que, malgré quelques cas de guérison que la science possède peut-être, ces cas de traumatisme constituent une indication précise de l'amputation immédiate, ou de la résection, quand cette dernière opération est praticable. »

L'auteur se défend du reproche qu'on pourrait lui faire de prime abord d'avoir le couteau rapide, en rappelant qu'il appartient à un corps qui s'honore à juste titre, d'appliquer volontiers la chirurgie conservatrice, et en rapportant des observations bien faites pour montrer qu'il a dans sa pratique obtenu de beaux succès de cette conservation dans des cas de fractures comminutives de la diaphyse.

Une de ces observations, entre autres, montre l'application heureuse d'un procédé dont la science ne possède que de rares exemples : la ligature des fragments osseux. Ce fait est si intéressant, que nous avons vu avec plaisir M. Bérenger-Féraud le reprendre dans un long mémoire qu'il a lu à l'Académie de médecine, dans la séance du 8 novembre. Ce dernier travail serait de nature à faire tomber l'accusation de pétulance opératoire si les faits, bien discutés, de la thèse elle-même, ne devaient déjà en sauvegarder l'auteur. Nous sommes en effet complétement de son opinion, quand il dit :

« Me permettra-t-on de dire en finissant : Amputer immédiatement dans un cas de fracture en V avec plaie n'est pas la prescription téméraire et irréfléchie émanée d'un esprit chirurgical aventu-

reux ; c'est, au contraire, l'expression de cette chirurgie conservatrice par excellence qui n'hésite pas à sacrifier un membre malade quand il faut sauver l'individu lui-même ?

« C'est prêter un appui intelligent à cette chirurgie conservatrice qui fait l'honneur de notre époque, que de bien montrer les cas qui l'indiquent et ceux qui la repoussent. Loin de lui porter atteinte, les travaux de la nature de celui-ci font qu'elle est employée avec plus d'assurance et de sécurité. En effet, signaler les écueils d'une plage n'est pas engager les navigateurs à la fuir, mais bien au contraire leur montrer le chemin qui les mènera vite et sans danger au port. Indiquer les fâcheux résultats de la conservation dans certaines fractures n'est pas pousser les chirurgiens à amputer quand même tous les membres cassés, c'est leur faire connaître la pratique qui rend le succès plus facile et plus fréquent. »

Nous applaudissons doublement aux efforts du jeune et laborieux chirurgien de la marine, d'abord à cause de la valeur de ses travaux, qu'on était en droit d'espérer d'un homme qui est arrivé aussi rapidement au premier grade, dans un corps où l'avancement se fait exclusivement au concours. Ensuite, parce que la thèse dont nous venons de donner un rapide aperçu marque une tendance à laquelle les amis de la science applaudiront volontiers.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Nouveau cas de filaire sous-conjonctival ou *filaria oculi* des auteurs, observé au Gabon (côte occidentale d'Afrique). La connaissance de ce singulier parasite n'est pas chose de pure curiosité scientifique ; elle offre aussi un intérêt pratique qui ne nous permet pas de la négliger complétement, puisque ce ver, qui ne paraît pas différer sensiblement de celui de Médine ou de Guinée, peut s'observer sur tout individu indigène ou non, qui en a pris le germe dans les contrées où il est endémique. On le rencontre toujours entre la conjonctive et la sclérotique, de telle sorte qu'il est permis de suivre ses mouvements à travers la transparence de la première de ces membranes. Son séjour dans l'œil n'est pas permanent, il peut s'y montrer et disparaître à plusieurs reprises lorsqu'il est abandonné à lui-même. Il peut même passer très-rapidement d'un œil dans l'autre, à travers le tissu cellulaire de la racine du nez, ainsi que l'avait déjà constaté, dès 1838, M. Guyon, à qui nous empruntons ces détails, et qui vient de montrer à l'Académie des sciences un nouveau spécimen de ce ver, provenant d'un nègre du Gabon. C'est peut-être le plus grand qui ait été jusqu'ici extrait de l'œil, car il mesure 15 centimètres ; cette longueur dit assez que, malgré les replis qu'il formait sous la conjonctive, il n'y était pas engagé tout entier, et qu'une portion restait dans les tissus d'où il s'était avancé sur le globe oculaire. Le filaire sous-conjonctival ne se fait jamais jour à travers la conjonctive, comme le filaire de Médine à travers les téguments ; mais il n'en occasionne pas moins sur cette

membrane une certaine irritation accompagnée de larmoiement, qui rend sa présence assez incommode pour appeler l'attention des individus qui en sont affectés et pour rendre nécessaire son extraction.

Celle-ci est assez facile, pourvu qu'elle soit faite avec dextérité, car le parasite fuit l'instrument qui le touche ou cherche à le saisir. Pour la pratiquer on incise avec une lancette, ou mieux, avec des ciseaux, un pli de la conjonctive formé par une pince à griffe ; le ver est alors à nu au fond de l'incision ; on l'y saisit et on l'extrait avec une autre pince, la première servant à tenir écartées les deux lèvres de l'incision. (*Acad. des sciences*, novembre 1863.)

Production de bactéries et de vibrions dans les phlegmasies des bronches, des fosses nasales et du conduit auditif externe. A diverses reprises, j'avais remarqué dit M. A. Fouchet, que dans les phlegmasies de la trachée et des bronches, ainsi que dans celles des fosses nasales et du conduit auditif externe, certains malades, après une nuit absolument calme, se réveillaient en éprouvant une démangeaison extrêmement vive dans l'organe malade.

Les démangeaisons insupportables que produisent les *oxyurus vermicularis*, par leurs mouvements sur la muqueuse du rectum ou de la vulve, me firent présumer que peut-être le symptôme dont il vient d'être question provenait d'une cause analogue et était dû à la présence d'animalcules microscopiques. L'observation m'a démontré qu'il en était ainsi.

A deux reprises, sur un homme qui était affecté d'un léger catarrhe pulmonaire et qui se réveilla, après une nuit parfaitement calme, en éprouvant une vive démangeaison dans la trachée, je trouvai ses premiers crachats remplis d'une grande abondance de *bactéries* douées des plus rapides mouvements; avec ces microzoaires, on observait aussi des *monades*.

Une demi-heure après, l'expectoration ayant été abondante, les crachats n'offraient aucun de ces animaux et les démangeaisons étaient disparues.

J'ai fait la même observation sur une personne qui avait un coryza.

Enfin, sur un malade affecté d'une otite chronique externe, voici ce que j'ai observé à huit ou dix reprises :

Lorsque l'écoulement était peu abondant, toutes les fois que le malade éprouvait un sentiment de formication, un prurit prononcé dans le conduit auriculaire ; si alors on en examinait la sécrétion puriforme, on y rencontrait toujours une quantité prodigieuse de bactéries douées de vifs mouvements saccadés. Avec celles-ci, souvent il existait des monades et quelques petits vibrions d'espèces indéterminables.

Lorsque l'écoulement était abondant ou avait lieu sans prurit, on n'y rencontrait aucun animalcule vivant.

Ces observations me portent à conclure que dans certaines circonstances, lorsque les sécrétions des muqueuses ou de quelques parties de la peau sont altérées par une phlegmasie, il s'y produit des bactéries, des vibrions et des monades, et c'est probablement aux mouvements des premières, qui toujours y sont en masses serrées, qu'est dû le prurit insupportable qu'éprouvent les malades. En effet, ce phénomène n'avait pas lieu, soit quand la sécrétion n'offrait aucun de ces animalcules, soit quand elle n'offrait que des morts.

Dans les sécrétions normales, soit des bronches, soit des fosses nasales ou du conduit auditif, on ne rencontre point les animalcules que nous venons de mentionner. Leur apparition coïncide avec l'altération morbide de ces sécrétions, lorsque la température est élevée, et que celles-ci restent à la surface des membranes et s'y altèrent rapidement sous l'influence des causes les plus propres à déterminer la putréfaction, telles que la chaleur, l'air et l'humidité. (*Acad. des sciences*, novembre.)

De l'action nerveuse réflexe comme cause des maladies de la peau. Dans la séance de février de la Société Harveyenne de Londres. M. Juler a montre d'abord que c'est une erreur de croire, comme on l'a fait jusqu'ici, qu'une altération du sang est le *fons et origo* des maladies cutanées. Il fait voir par des citations que plusieurs auteurs attribuent à une influence nerveuse beaucoup de maladies cutanées, zona, érythème, pemphigus, urticaire, éléphantiasis des Grecs, etc. Il montre que nombre de cas se rapportent très-clairement à une influence morbide réflexe sur les fibres nerveuses sensitives, transmise à l'axe cérébro-spinal, et partant soit de la peau, soit de la muqueuse intestinale. Il considère le

trouble de l'innervation comme devant précéder nécessairement l'apparition d'une maladie parasitaire. Pour M. Juler, les formes spécifiques des maladies cutanées sont produites par l'élément morbifique contenu dans le sang, qui agit primitivement sur les centres nerveux, et secondairement par les nerfs périphériques sur la peau. Toutes les maladies de la peau ont leur origine dans un désordre du système nerveux, et la plupart peuvent être attribuées à une action nerveuse réflexe; c'est ainsi qu'agissent, pour produire les maladies cutanées, les alternatives de chaleur et de froid.

M. Juler pense que, après la disparition d'une éruption cutanée chronique, la muqueuse intestinale devient quelquefois le siége d'une affection semblable (quant à ses caractères pathologiques) aux éruptions cutanées, affection qui amène l'expulsion d'un mucus adhérent sous forme de lambeaux, ce qui est dû vraisemblablement à la chute rapide de l'épithélium intestinal. La maladie de la peau reparaît-elle? tout rentre dans l'ordre du côté de l'intestin.

Il cherche ensuite à démontrer comment des maladies de la peau peuvent se produire à la suite d'une irritation du tube intestinal transmise aux centres nerveux par les nerfs. Enfin, dit-il, l'irritation des nerfs centripètes ne donne pas toujours naissance à une maladie de peau, mais peut produire d'autres phénomènes nerveux, ainsi l'irritation d'un nerf dentaire ou des nerfs intestinaux chez les enfants fait naître tantôt une affection cutanée, tantôt de la diarrhée.

M. Juler attribue l'influence curative de l'arsenic sur les maladies de la peau au pouvoir qu'a cet agent d'épuiser l'irritabilité du système nerveux. Tant qu'il a à combattre une condition morbide, ce médicament a une action curative et tonique; mais aussitôt que l'affection a disparu, ou dès que l'économie est pour ainsi dire plus saturée par le remède que par la maladie, l'arsenic produit une irritation semblable à celle qu'il a fait disparaître, il fait naître des manifestations cutanées semblables, et tous les phénomènes nerveux que peut produire un poison agissant sur les centres nerveux. (*Harveian Society of London*, in *Gaz. de Lyon*, novembre.)

Etude sur les coxalgies et leur traitement. Dans un substantiel mémoire sur les coxalgies qu'il vient de lire à l'Académie de médecine, M. F.-L. Gaillard, chirurgien de l'hôtel Dieu de Poitiers, s'est particulièrement attaché au côté pratique de ce difficile sujet; poursuivant l'œuvre de Bonnet, il a montré les résultats et les enseignements de sa pratique subordonnée aux leçons et aux errements de cet illustre maître. M. Gaillard pose d'abord comme base essentielle des indications la division des coxalgies en deux grandes familles: les scrofuleuses et les rhumatiques. Entre ces deux espèces de coxalgies, dit-il, il y a un moyen de diagnostic; anesthésiez le malade; si la coxalgie est de nature rhumatismale et déjà ancienne, elle sera peu, très-peu mobilisée par l'éther; vous pouvez alors opérer le redressement avec sécurité; si, au contraire, la coxalgie est scrofuleuse, vous reconnaîtrez, sous la seule influence de l'anesthésique, une mobilité et une laxité considérables. Qui n'a été surpris de l'extrême mobilité que présentent après la mort des articulations que l'on croyait soudées et ankylosées, n'étant passibles d'aucun mouvement? L'anesthésie produit un relâchement analogue à celui de la mort; en ce cas l'on a affaire à une tumeur blanche, il faut être très-réservé. — La famille des coxalgies rhumatiques appartient à la méthode de Bonnet, et c'est dans celle-là que M. Gaillard l'a particulièrement mise en vigueur. Il a donc eu recours au redressement immédiat selon les préceptes posés par le maître, mais en y apportant les modifications suivantes: 1° abandon des ôtaux dont se servait Bonnet pour la première partie de l'opération; 2° emploi d'une ceinture de suspension très-utile pour l'application et l'examen de l'appareil, pour délasser les malades par un changement de position et leur faciliter les évacuations naturelles; 3° enveloppement complet du bassin jusqu'au nombril, pour donner plus de solidité à la partie supérieure de l'appareil; en même temps précaution de ne point faire asseoir le malade sur son lit jusqu'à ce que tout soit bien sec et solide, autrement l'appareil bâillerait horriblement au-devant du ventre; 4° usage du plan solide pour élever le bassin, disposer le corps en arc de cercle à convexité supérieure, et compléter ainsi le redressement du membre par une réduction lente dans beaucoup de cas; 6° quand le malade commence à marcher, lui faire suivre, pour guider ses premiers pas, une rangée de lits,

ayant pour appui une canne de quatre pieds de hauteur, se remettant plusieurs fois le jour sur son lit, qui conserve la même forme et la saillie si utile correspondante à la région lombaire.

Le résultat final et constant du traitement a été le suivant : ankylose généralement complète de l'articulation coxo-fémorale; flexion très-légère de la cuisse sur le bassin, un peu d'ensellement, légère adduction, amoindrissement du membre, quelque racourcissement, claudication plus ou moins grande, mais les malades se tiennent debout sur les deux jambes ; ils étaient impotents et estropiés, ils restent simplement boiteux. L'espoir de tels bénéfices ne peut laisser le praticien indifférent. (*Acad. de méd.*, novembre 1864.)

Sur la vie sans respiration chez certains enfants nouveau-nés. Les observations qui servent à M. Bardinet de point de départ pour son remarquable travail sont au nombre de trois. Il établit, dans la première, qu'un fœtus expulsé du sein maternel peut ne pas respirer du tout, et cependant présenter, à la suite de violences, des ecchymoses et des caillots, comme s'il eût complétement vécu de la vie extra-utérine. Dans la deuxième, il montre un enfant qui n'a pas respiré non plus, et qui néanmoins, pendant quinze heures, devant de nombreux témoins, a remué ses membres, contracté ses traits, poussé une sorte de cri. Dans la troisième, enfin, il a rapporté l'histoire toute récente d'un enfant qui, après avoir été inhumé par sa mère sous une couche de terre de 25 centimètres d'épaisseur, et y avoir séjourné plus de quatre heures, n'en est pas moins resté vivant, et a survécu quatre jours à son exhumation.

Ces faits ont conduit l'auteur aux conclusions snivantes :

1° La vie peut avoir lieu sans respiration et pendant un temps plus ou moins long, chez certains enfants nouveau-nés. Sa durée, dans une de mes observations, a été de quinze heures ;

2° Cette vie paraît plus particulièrement l'apanage des enfants nés avant terme ; les trois cas dans lesquels je l'ai observée appartiennent du moins à cette catégorie ;

3° L'action d'une température élevée paraît en favoriser le développement, s'il est permis d'en juger par les trois cas que je rapporte : tous les trois se sont produits dans le courant du mois d'août ;

4° La vie paraît alors entretenue par la circulation, qui trouve, dans la persistance du canal artériel et du trou de Botal, comme pendant la vie intra-utérine, des facilités particulières ;

5° Les enfants chez lesquels elle existe peuvent présenter, à la suite de violences, des ecchymoses et des caillots semblables à ceux qu'on rencontre après l'établissement de la respiration ;

6° La possibilité des morts apparentes chez les nouveau-nés, si bien signalée par les nouveaux accoucheurs, doit toujours être un objet de sérieuse préoccupation ;

7° Un nouveau-né peut rester inhumé pendant plusieurs heures sans succomber ;

8° L'entretien de la vie, dans ce cas, n'est pas le résultat d'une respiration pulmonaire réduite. mais s'exécutant suivant son mode normal ; elle paraît tenir à la persistance momentanée du *trou de Botal et du canal artériel*. Il n'y a donc pas à conclure, pour des cas analogues, du nouveau-né à l'adulte. (*Acad. de médecine*, novembre 1864.)

De l'immobilisation directe des fragments dans les fractures compliquées. Tel est le titre d'un nouveau mémoire que M. le docteur Bérenger-Féraud vient de lire à l'Académie. Nous en publions le court extrait suivant :

L'immobilité des fragments osseux, préalablement réunis par une coaptation parfaite, est la condition qui domine le traitement des fractures...

Les appareils à fractures, malgré leur grande variété, peuvent se ranger sous deux catégories : 1° moyens agissant directement et immédiatement sur l'os fracturé ; 2° moyens agissant indirectement et médiatement par l'intermédiaire des parties molles qui entourent toujours les différentes portions du squelette...

Les moyens de la seconde catégorie sont bien connus et vulgairement usités. Les autres, ou moyens d'immobilisation directe, méritent d'être étudiés...

On doit entendre par *immobilisation directe des fragments* cette opération qui consiste à embrasser ou traverser avec un lien suffisamment résistant les fragments d'un os fracturé, afin

de les tenir en contact immédiat solide, et de déterminer ou, au moins, favoriser cette fixité indispensable à l'évolution de leur travail de réparation.

Les moyens d'immobilisation directe des fragments dans les fractures sont au nombre de six : 1° l'enlacement des dents dans les fractures des mâchoires ; 2° les griffes de M. Malgaigne pour les fractures de la rotule; 3° les pointes métalliques ; 4° l'enclavement des fragments ; 5° la suture osseuse ; 6° la ligature osseuse.

L'enlacement des dents dans les fractures de la mâchoire remonte, on le sait, au temps d'Hippocrate, et a été souvent employé dans l'histoire de la chirurgie. Les griffes et les pointes métalliques sont dues à M. Malgaigne. L'enclavement des fragments, soit qu'on le pratique comme le fit Roux, soit qu'on fasse la mortaise dont parle Laloy, est une méthode de nécessité et tout à fait accidentelle. Restent donc la suture et la ligature des fragments, qui présentent un intérêt du premier ordre.

La suture consiste dans la perforation des fragments de l'os et le passage à travers les trous que l'on vient de faire d'un fil organique ou métallique que l'on serre par un nœud. Les auteurs confondent souvent cette suture avec le séton de Physick de Siéerig, de Sommé, avec la ligature de Sicre et Lapujade, opérations très-différentes cependant. Kearny Rodgers a fait avec succès, en 1825, cette suture des fragments dans une pseudarthrose; Valentine Mott, en 1831, Cheeseman, en 1838, l'ont aussi employée avec bonheur. M. Flaubert (de Rouen) y a eu recours deux fois en 1838, et a obtenu, la première fois, un demi-succès ; la seconde, un succès remarquable, quoiqu'il opérât sur une fracture compliquée récente. M. Velpeau, Dieffenbach en 1848, M. Laugier en 1855, nous ont donné des faits de succès par cette méthode.

La ligature osseuse, qui a été, bien plus souvent que la suture, confondue avec diverses opérations, est l'enroulement autour des fragments, préalablement réunis par la coaptation, d'un fil organique ou métallique qui les maintient comme le lien circulaire maintient les bouts d'un bâton cassé. Cette opération doit nous venir des Arabes, quoiqu'on ne trouve aucune mention de son idée dans Rhazès, Ali-Abbas et Albucasis. J'en ai positivement entendu parler par les chirurgiens musulmans (*tebibs*) de l'Algérie. La seule mention que l'on trouve d'elle dans le siècle dernier est consignée dans le *Journal de Médecine. Chirurgie et Pharmacie*, de 1775, page 172. Elle montre que Sicre et Lapujade (de Toulouse) y ont eu recours. De nos jours, M. Long (de Toulon), M. Malgaigne, M. Pichorel (du Havre), Baudens, l'ont employée avec succès, et je rapporte six observations, dont cinq ont été suivies de guérison. De mon côté, j'ai fait des expériences sur les animaux, et j'ai réussi deux fois à conserver par cette opération les fonctions de l'aile chez les oiseaux (cigogne, goëland)...

Les fils métalliques sont les plus convenables à employer, et les fils de plomb en particulier sont ceux qui me paraissent les meilleurs... On ne saurait comparer les fils métalliques à des corps étrangers nuisibles, par exemple aux balles des fractures par arme à feu. Si on peut les comparer à quelque chose, c'est à l'action topique des tubes à drainage, dont l'innocuité est suffisamment démontrée aujourd'hui.

L'étude comparative de la suture et de la ligature m'a montré que la ligature est préférable à la suture sous le triple rapport : 1° de la facilité de l'opération ; 2° de l'agression que subit l'os ; 3° de la solidité de la coaptation.

Enfin, je me crois autorisé à poser les conclusions suivantes :

1° L'immobilisation directe des fragments, nécessitant l'ouverture du foyer du traumatisme, n'est applicable que dans les fractures compliquées de plaie. 2° Constituant une opération plus ou moins compliquée, suivant le procédé employé, mais toujours plus grave que l'application d'un simple bandage, elle n'est indiquée que lorsque les moyens d'immobilisation indirecte sont insuffisants. 3° Ayant été appliquée avec succès aux fractures récentes comme aux fractures anciennes, elle peut être également mise en œuvre au moment du premier pansement au plus tard, tant cependant que le foyer de la fracture communique avec l'air. 4° Dans les fractures compliquées de plaie dont les fragments chevauchent et ont de la tendance au déplacement, malgré les efforts de coaptation, l'immobilisation directe est le moyen par excellence pour obtenir le cal sans raccourcissement. 5° Dans les pseudarthroses

traitées par la résection, comme dans la plupart des opérations de résection de la diaphyse des os longs, l'immobilisation directe se présente comme le complément utile de la section des fragments, et augmente considérablement les chances de consolidation sans déplacement. 6° L'immobilisation directe peut se combiner avec les opérations sous-périostées, et leur prêter un appui efficace. (*Acad. de méd.*, novembre.)

Lithéxérèse, nouvel instrument destiné à extraire de la vessie les sables et graviers provenant des pierres broyées par les instruments lithotriteurs. Partant d'un principe qu'on n'avait point encore utilisé dans l'art chirurgical, M. Maisonneuve a fait construire par nos habiles fabricants, MM. Robert et Collin, un instrument creux en forme de sonde, et disposé de manière à pouvoir pénétrer dans la vessie.

Sur la concavité du bec de cette sonde, se trouve une large ouverture dans laquelle les graviers peuvent facilement s'introduire ; dans ce tube tourne une vis en tire-bouchon dont le mouvement continu entraîne tous les fragments ou graviers placés dans le bas-fond de la vessie, les broie comme des grains de café et rejette leurs détritus au dehors.

Voici la description de cet instrument :

A Extrémité de la vis par laquelle s'engage le détritus.

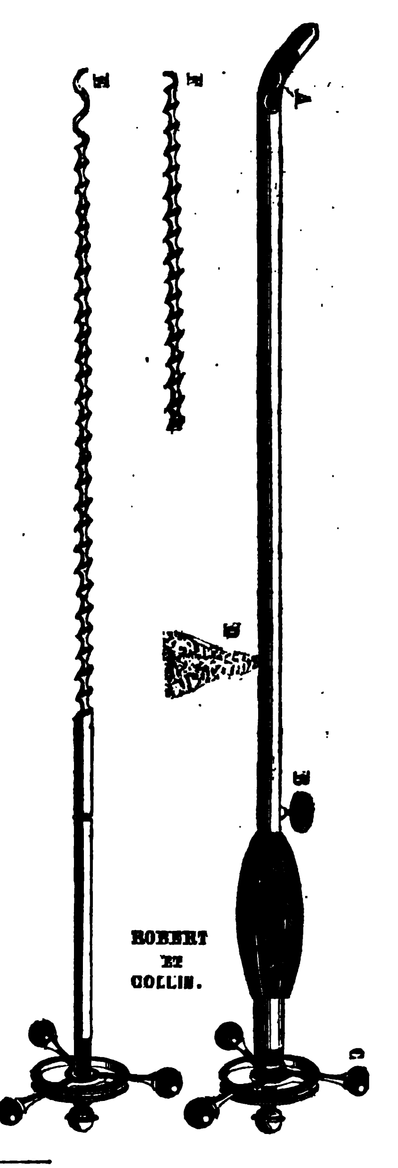
B Tube dans lequel est placée la vis.

D Détritus sortant de l'instrument après avoir été entraîné par un mouvement de rotation continue imprimé à la vis.

E Hélice n'ayant pas de centre à son extrémité vésicale, pour que de plus gros fragments s'y engagent.

F Vis ayant son centre dans toute sa longueur.

G Volant servant à imprimer le mouvement de rotation continue. (*Acad. des sciences*, novembre.)



REVUE DES JOURNAUX.

Faits à l'appui de la transmission de la syphilis par le sang d'une pustule de vaccine. Parmi les faits confirmatifs des idées de M. Viennois sur le rôle du sang dans la transmission vaccino-syphilitique, M. Viennois lui-même n'en saurait désirer un plus complet ;

car il contient à la fois la preuve de la nocuité du sang et la preuve de l'innocuité de la lymphe vaccinale d'un syphilitique. Nous ne regrettons qu'une chose, — mais nous en comprenons parfaitement le motif, tout en déplorant l'effet, — c'est qu'une observation aussi précieuse ne soit couverte d'aucune signature, et que l'histoire contemporaine de la syphilis ait désormais à compter avec l'anonyme de Béziers comme avec l'anonyme du Palatinat.

Le 19 mars 1863, la nommée A. M... vint chez moi avec un enfant âgé de dix mois, qui avait été vacciné depuis huit jours, pour me prier de vacciner les enfants de deux de ses amies qui venaient avec elle. Je procédai immédiatement à la petite opération avec les précautions que je prends habituellement, c'est-à-dire en évitant de faire saigner les pustules, qui, du reste, étaient bien développées et ne présentaient rien d'anomal.

Au moment de recueillir du vaccin pour faire au second enfant *la dernière piqûre*, le vaccinifère fit un fort mouvement, et la pointe de la lancette pénétrant plus profondément, une goutte de sang vint colorer le virus, qui, à mon grand regret aujourd'hui fut néanmoins inoculé. Vingt-deux jours après, cette femme me porta cet enfant, qui était, me dit-elle, couvert de boutons. Or, voici ce qui existait : toutes les pustules vaccinales s'étaient parfaitement développées, elles avaient parcouru toutes les périodes sans rien offrir de particulier. Il n'y avait d'exception à faire que pour la dernière qui avait été faite, et dont je me rappelais fort bien la position.

Ce bouton présentait tous les caractères d'un véritable pseudo-chancre. Il était composé d'une croûte parfaitement conoïde d'une couleur sombre et d'une surface très-luisante. Cette croûte offrait environ 2 centimètres de diamètre, et elle était légèrement ulcérée autour.

Autour de ce pseudo-chancre et dans un rayon d'environ 1 1|2 centimètre, il existait des papules lenticulaires, très-lisses, régulières, d'un rouge pâle, et en très-grand nombre.

Dans l'aisselle, du même côté, s'observait une glande engorgée, du volume d'une moyenne noisette. Elle était mobile et très-douloureuse au toucher. Quarante-cinq jours après, le pseudo-chancre était ulcéré et présentait une induration considérable. Le corps de l'enfant était couvert d'une roséole syphilitique et de plaques, aux parties génitales, qui ne laissaient plus de doute sur la nature de l'infection.

Afin de me rendre bien compte de la source de cette maladie, je me transportai chez l'enfant qui m'avait fourni ce vaccin. Il était fort beau en apparence, et ses pustules vaccinales étaient parfaitement guéries. L'inspection de son corps me laissa voir de nombreuses taches de syphilides papuleuses; les ganglions cervicaux étaient fortement engorgés, et il existait quelques boutons aux parties génitales et à l'anus, d'une nature plus que douteuse.

Le père de cet enfant, que j'interrogeai avec précaution, m'apprit qu'étant soldat, il avait eu un chancre induré pour lequel il avait été traité trente-cinq jours à l'hôpital de Tours. Il était loin d'être guéri, et présentait de nombreuses traces de syphilis constitutionnelle, telles que croûtes du cuir chevelu, engorgement des ganglions cervicaux postérieurs, taches de syphilides et plaques à l'anus.

Je dois dire, en terminant, que l'enfant vacciné avec le même virus et au même moment n'a absolument rien eu. (*Gazette méd. de Lyon*, novembre.)

Uranoplastie par déplacement de la muqueuse et du périoste, suivie de succès, dans un cas de perforation nécrosique. Les inconvénients attachés à la communication des cavités nasale et buccale varient suivant le siége et l'étendue de la perforation, et quelquefois aussi, comme le montre l'expérience, suivant des conditions propres aux individus, et qu'il est difficile de spécifier. C'est ainsi que, tandis que certaines personnes sont extrêmement incommodées par des perforations que la faiblesse de leurs dimensions semblerait devoir rendre peu gênantes, on en voit d'autres ayant une large communication naso-buccale, comme celle qui résulte de l'ablation du maxillaire supérieur par exemple, manger et boire sans difficulté, avoir la voix à peine altérée, etc. Nous avons vu des exemples de ce genre, de même que nous en avons vu aussi où, à la suite de cette opération notamment, l'ouverture anomale se rétrécissait graduellement dans des proportions considérables, ce qui contribue à rendre l'infirmité d'autant plus facile à supporter. Dans ces sortes de cas, il n'y a rien à faire que d'abandonner le malade à une situation

qui n'a rien de bien pénible, et de le laisser bénéficier des améliorations que le temps pourra lui apporter ; dans d'autres, il y a lieu de recourir à la prothèse, à l'emploi d'un obturateur bien fait ; dans d'autres enfin, il est possible de faire mieux, et de procurer une restauration complète en pratiquant l'autoplastie palatine ou uranoplastie.

Cette opération, depuis les perfectionnements qui lui ont été apportés par les chirurgiens contemporains, et notamment par le professeur Langenbeck, gagne du crédit tous les jours, et, les conditions propres à en assurer le succès étant mieux connues, elle est destinée à rendre des services de plus en plus nombreux.

M. le docteur Testelin y a eu recours avec succès dans un cas de perforation, suite de coryza ulcéreux qui avait déterminé une nécrose dans la portion palatine du maxillaire supérieur gauche. La perte de substance osseuse n'avait pas moins de 2 centimètres en tout sens. On y remédia d'abord au moyen d'un obturateur en caoutchouc vulcanisé, puis d'une pièce en or. Mais trois ans après, M. Testelin, ayant eu occasion, dans l'intervalle, de voir pratiquer l'uranoplastie par Langenbeck, et de constater les résultats obtenus par ce chirurgien chez un autre opéré, proposa à la famille de cette jeune personne, alors âgée de quinze ans, de tenter par ce moyen la cure radicale. L'opération faite en 1863, par le procédé du professeur de Berlin, c'est-à-dire par déplacement de la muqueuse palatine et du périoste (*V. Bulletin de Thérap.*, t. LXI, p. 518), ne réussit pas d'abord, car l'ouverture conserva le calibre d'une plume d'oie. Renouvelée un an après, elle fut cette fois suivie d'un succès complet. Ce succès néanmoins ne fut pas obtenu d'emblée : la réunion par première intention ne s'étant pas faite dans toute l'étendue des bords affrontés, il était resté un étroit pertuis par lequel on pouvait faire pénétrer un stylet mince de la bouche dans la cavité nasale ; la cautérisation actuelle au moyen d'un petit cautère construit spécialement, amena une cicatrisation définitive. L'opérée, revue récemment, présente à peine sur la voûte palatine des traces des opérations qu'elle a subies : le raphé médian est seulement plus prononcé qu'à l'ordinaire, et une ligne blanche située de chaque côté, à 2 centimètres de la ligne médiane, constitue le seul vestige des incisions qui ont servi à détacher le périoste.

M. Testelin a apporté, dans ce cas, au procédé de Langenbeck des modifications qui lui ont paru commandées, modifications d'ailleurs qui n'en altèrent pas le principe. Elles ont porté sur deux points : 1° détacher le périoste en procédant, des deux côtés, de dehors en dedans, ce qui a paru plus facile ; 2° au lieu de n'emprunter qu'un seul lambeau sur la partie de la voûte palatine où existait la solution de continuité, en détacher deux, un de chaque côté de l'ouverture, afin qu'étant plus étroits, ils eussent à subir un moindre déplacement.

Le distingué chirurgien de Lille fait remarquer, en terminant, que les suites de l'opération ont été chaque fois des plus simples ; que l'opérée a dû à peine s'imposer quelques privations ; qu'il y a vraiment quelque chose d'admirable dans la facilité qu'ont eue à guérir des incisions au fond desquelles se trouvaient des os violemment dépouillés de leur périoste ; et qu'ainsi se trouve confirmée la règle posée par Langenbeck : « Que le chirurgien peut disséquer le périoste dans une grande étendue, sans compromettre l'intégrité de l'os. (*Bulletin médical du Nord de la France*, octobre 1864.)

Trépanation de l'apophyse mastoïde pour une otorrhée avec propagation de l'inflammation aux cellules mastoïdiennes. On connaît la gravité des inflammations de l'oreille, gravité déjà considérable par l'intensité des douleurs qui les accompagnent et les conséquences qu'elles peuvent avoir pour la fonction auditive, mais qu'accroît encore aux yeux du praticien la possibilité de voir la phlegmasie se propager aux parties profondes de l'appareil, aux cellules mastoïdiennes, au tissu osseux du rocher et jusqu'aux méninges cérébrales. Aussi, les moyens thérapeutiques les plus actifs doivent-ils être mis en usage sans retard pour enrayer les progrès de ces affections, et, si l'on n'y parvient pas, pour prévenir les complications qui viennent d'être rappelées, en donnant de bonne heure issue au pus, soit par le cathétérisme de la trompe d'Eustache, soit par la perforation de la membrane du tympan, soit au moyen de la trépanation de l'apophyse mastoïde, quand la phlegmasie suppurative s'y est propagée.

Cette dernière opération a dû être faite par M. Follin dans le cas suivant, chez un homme de quarante-trois ans, déjà malade depuis huit mois quand il fut présenté à ce chirurgien.

Cet homme, sujet à des angines aiguës fréquentes, qui se terminaient le plus souvent par abcès, avait été pris tout à coup à la suite d'une de ces angines, dans les premiers jours d'avril 1863, d'une très-vive douleur dans l'oreille droite. C'était le début d'une otite aiguë qui amena très-rapidement un écoulement de pus par le conduit auditif et la surdité, en s'accompagnant de douleurs excessives, avec fièvre intense, délire, insomnie. Ces symptômes persistèrent ensuite, mais avec des rémissions dans les souffrances, jusqu'à l'époque où M. Follin vit le malade. Dès la fin du premier mois, il s'était formé un peu de gonflement dans la région mastoïdienne droite, gonflement douloureux à la pression, et qui avait fini par s'accompagner d'une rougeur érythémateuse. D'après ces circonstances, un abcès dans les cellules mastoïdiennes ayant été diagnostiqué, l'application du trépan fut proposée et acceptée avec empressement par le patient.

L'opération fut faite par M. Follin, le 18 novembre 1863. Une incision cruciale de 5 centimètres environ ayant été faite, les lambeaux disséqués et rabattus, le périoste incisé et soulevé, une couronne de trépan fut appliquée et l'on enleva une rondelle osseuse de 7 millimètres de diamètre. Il sortit immédiatement des cellules mastoïdiennes un pus bien lié en assez notable quantité. L'ouverture fut ensuite agrandie au moyen d'un grattoir conique, et une boulette de charpie fut introduite au fond de la plaie, dont les bords furent écartés pour prévenir une trop prompte cicatrisation.

Les résultats immédiats furent très-satisfaisants : dès le lendemain, les vives douleurs de tête avaient cessé, le pus ne sortait plus par l'oreille, l'écoulement de celui contenu dans les cellules mastoïdiennes se fit régulièrement au dehors et l'otorrhée ne reparut plus. La plaie devint bientôt granuleuse : au bout d'un mois toute suppuration avait cessé, et l'ouverture faite à la région mastoïdienne était tout à fait cicatrisée. Ni l'otorrhée, ni les douleurs n'ont reparu ; mais il est resté une surdité presque complète, qui s'explique de reste par les désordres graves dont l'oreille moyenne devait être le siége avant l'opération.

Nul doute qu'il n'y eût eu grand avantage à pratiquer la trépanation beaucoup plus tôt : le malade y eût gagné, par une guérison plus prompte, de ne pas souffrir pendant plusieurs mois au point d'être en proie à une insomnie presque constante et de ne pouvoir se livrer à aucun travail ; il y eût peut-être gagné de plus la conservation de l'ouïe dans une mesure plus satisfaisante. C'est aussi trop tardivement que l'opération a eu lieu dans deux autres cas du même genre déjà communiqués antérieurement par M. Follin, et dans lesquels il existait des fistules de la région mastoïdienne, lésion qui n'avait pas lieu encore dans celui qui vient d'être rapporté.

La conclusion pratique à tirer de ces trois faits, c'est qu'il faut opérer de bonne heure la trépanation de l'apophyse mastoïde dans les otorrhées qui s'accompagnent de douleurs persistantes ou de tension de la région mastoïdienne. Cette opération, d'une exécution facile, est le seul moyen d'enrayer la maladie, quand elle en est arrivée à ce point, et n'est en général suivie d'aucun accident. (*Bulletin de la Société de chirurgie,* t. VI, 2e série.)

Accidents syphilitiques pulmonaires guéris par l'iodure de potassium. Les nombreuses et importantes recherches consacrées, dans ces derniers temps, à l'étude des manifestations viscérales de la syphilis ont imprimé à cette question, jusqu'alors si obscure, un progrès tel, qu'elle peut être regardée comme à peu près résolue sur le terrain de l'anatomie pathologique ; il n'en est pas tout à fait de même du côté clinique et pratique, soit qu'il ait été un peu négligé et sacrifié aux préoccupations anatomiques, soit que l'étude préalable de la lésion ait dû nécessairement, et ici plus qu'ailleurs, précéder et éclairer la voie des applications ; le temps est venu d'y entrer cependant, et pour y convier nos lecteurs, nous ne saurions mieux faire que d'offrir à leur méditation le fait suivant dû à M. le docteur Aynard :

M*** âgé de vingt-sept ans, fut atteint en 1861 à la verge d'un chancre qui fut lent à guérir et s'accompagna à l'aine gauche d'un bubon longtemps indolent, mais qui finit par s'ulcérer et ouvrit la scène à de graves accidents : vastes décollements à la région inguinale ; large éruption pustuleuse aux mem-

bres inférieurs et au cuir chevelu, où elle a laissé des traces indélébiles; destruction de la luette, perte de substance aux amydales, gonflement et puis suppuration du testicule droit avec issue d'une masse morbide qui dût être enlevée par l'écraseur linéaire; enfin désordres du côté de la poitrine (toux fréquente, hémoptysie), tels qu'une application de cautères sous la clavicule fut proposée par un médecin. C'est dans ces conditions que M. le docteur Aynard, appelé à voir le malade, constata les phénomènes suivants : teinte ictérique, maigreur extrême, sueurs nocturnes abondantes, diarrhée, toux continuelle, hémoptysie; à la percussion sous la clavicule droite, résonnance rappelant celle que donne un vase vide que l'on frappe, matité très-prononcée de toute la partie postérieure et supérieure du poumon gauche; à l'auscultation, respiration très-nettement caverneuse à droite, gros râles muqueux à gauche. A part les accidents précédemment signalés, on observe, en outre, des plaques squameuses aux mains, l'inflammation ulcérative de la matrice de plusieurs ongles, un œdème commençant des pieds.

Le traitement institué fut le suivant: à l'intérieur: sirop de Cuisinier 485 grammes, iodure de potassium, 15 grammes; une cuillerée par jour de ce mélange; régime tonique; à l'extérieur, lotions sur la plaie des bourses avec une décoction de quinquina, pansement au nitrate d'argent (4 grammes sur 30), etc. — Un mois après (la dose du sirop ayant été successivement portée jusqu'à six cuillerées par jour), la résonnance morbide de l'espace sous-claviculaire droit persiste, ainsi que la respiration caverneuse; mais à gauche, la respiration est presque normale, et c'est à peine s'il existe encore un peu de submatité. — La plaie des bourses est cicatrisée, et tous les autres accidents à peu près terminés.

A partir de ce moment l'iodure de potassium a été administré à doses décroissantes, et le malade a reconquis, dit l'auteur de l'observation, une superbe santé. — Tout en le félicitant de ce résultat remarquable, nous ne saurions assez l'engager, pour en consacrer la valeur, de le suivre dans l'avenir. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, novembre 1864.)

VARIÉTÉS.

La séance de rentrée de la Faculté de médecine et des autres Facultés de Montpellier s'est accomplie, cette année, avec un éclat inusité; elle a été embellie et rehaussée par l'hommage publiquement rendu à la mémoire de deux de ses plus illustres fondateurs et représentants : Barthez et Lapeyronie, fidèlement représentés par le bronze, sont venus s'asseoir au seuil de l'antique école, dont ils ont, chacun à sa manière, porté si loin l'éclat et le renom. L'inauguration de leurs statues a immédiatement suivi la séance de rentrée, et cette double solennité n'a pas été moins féconde en succès oratoires qu'en vives émotions.

Après un discours fort goûté de M. le recteur de l'Académie, M. le professeur Bouisson a pris la parole, et, en sa qualité de doyen, il a prononcé le compte rendu annuel dont l'usage, très-ancien à Montpellier et à Strasbourg, a été si heureusement inauguré, cette année, à l'Ecole de Paris, par M. le doyen Tardieu. Est-il besoin de dire que M. Bouisson a apporté à l'accomplissement de sa tâche toutes les heureuses qualités qui distinguent les productions de l'éminent professeur? Les paroles de bienvenue qu'il a adressées à M. Fonssagrives, successeur du regretté professeur Ribes, ont été accueillies par de chaleureux applaudissements. Puis est venue, après la distribution des prix et des médailles, la lecture du discours d'apparat confié à M. Camboulin, professeur de la Faculté des lettres, qui a obtenu également le succès le plus complet et le plus mérité. Enfin l'éloge de Barthez, par M. le professeur Dupré, et celui de La-

peyronie, par M. Bouisson, ont couronné cette solennité qui restera comme une des plus brillantes dans les fastes de l'Ecole de Montpellier.

Par décret en date du 10 novembre, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. Delasalle et Nicolas, chirurgiens de première classe de la mariné; Bon, chirurgien de deuxième classe de la marine.

Dans une de ses dernières séances, l'Académie royale de Belgique, a nommé : 1° membres honoraires étrangers : MM. Christison (d'Édimbourg); Frerichs (de Breslau); Hahn (d'Aix-la-Chapelle); Langenbeck (de Berlin); Pétrequin (de Lyon); Purkinje (de Prague); Albers (de Bonn); Cap (de Paris); Guépin (de Nantes); Pannizza (de Pavie); Scoutetten (de Metz). — 2° Membres correspondants étrangers : MM. Brierre de Boismont, Follin, Leroy de Méricourt, Liebreich et Marey (de Paris); Marquès (de Lisbonne); Ponza (d'Alexandrie).

Les épreuves du concours de l'internat pour les hôpitaux de Lyon se sont terminées le 26 octobre dernier. Ont été proclamés internes : MM. Durand, Grand Clément, Merle, Carrier, Mocquin, Nodet, Reuillet, Drivon, Bravais, Brun, Masson, Morin et Cledou.

Par décret en date du 15 novembre, M. le docteur Béhier a été nommé professeur de pathologie médicale à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Natalis Guillot, appelé à une chaire de clinique médicale.

M. le docteur Vannaque, médecin en chef des hospices de Compiègne, a été nommé chevalier de l'ordre impérial de la Légion d'honneur.

Par décret en date du 15 novembre, sont nommés membres du Conseil municipal les membres du corps médical dont les noms suivent : MM. Ségalas, officier de la Légion d'honneur, membre de l'Académie de médecine; Flourens, grand officier de la Légion d'honneur, membre de l'Académie française, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, professeur au Muséum; Tardieu, officier de la Légion d'honneur, doyen de la Faculté de médecine; Dumas, grand-croix de la Légion d'honneur, sénateur, membre de l'Académie des sciences; le baron Michel de Trétaigne, commandeur de la Légion d'honneur, maire du XVIIIe arrondissement, ancien médecin principal des armées, doyen d'âge des maires de Paris.

Par décret en date du 10 novembre, ont été nommés médecins aides-majors de deuxième classe les médecins stagiaires dont les noms suivent : MM. 1 Chauvel; 2 Dieu; 3 Bablon; 4 Donnezan (Paul); 5 Richon; 6 Guerder; 7 Mire; 8 Maurin; 9 Michel; 10 Vencélius; 11 Renauld; 12 Bouchez; 13 Paloque; 14 Laurens; 15 Héberlé; 16 Bonnardot; 17 Singaraud; 18 Pirotais; 19 Dajas; 20 Moussu; 21 Beauchamp; 22 Utz; 23 Georgeon; 24 Péchaud; 25 Judas; 26 Pinchard; 27 Foch; 28 Jeunehomme; 29 Gouyneau; 30 d'Hennezel; 31 Beylot; 32 Hahn; 33 Danis; 34 Galzain; 35 Meynier; 36 Davezac; 37 Thierry; 38 de Jollin; 39 Augarde; 40 Protain; 41 Blavot; 42 Dumont; 43 Robert; 44 Dufour; 45 Caillard; 46 Donnezan; 47 Coqueugniot.

Par décret du 20 novembre, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. Schutzenberger, médecin aide-major de première classe ; Lavat, médecin aide-major de deuxième classe ; Duverne, vétérinaire en deuxième.

A l'assaut de Gate-Pah, dans la Nouvelle-Zélande, le chirurgien Mackinnon, du 57e régiment, ne s'étant pas borné à aller panser les blessés sous le feu, mais les ayant protégés de sa personne en tenant l'ennemi à distance, en ralliant les soldats, en faisant le coup de feu, et en tuant de sa main un indigène qui était sur le point de frapper de son tomahawk un soldat blessé, a été nommé Compagnon de l'ordre du Bain.

Le concours pour trois places de répétiteur à l'Ecole du service de santé militaire de Strasbourg, qui s'est ouvert le 3 novembre dernier, vient de se terminer.

Ont été désignés au ministre par les membres du jury :

Anatomie : M. Bouchard, médecin aide-major de première classe, surveillant à l'Ecole de Strasbourg ; trois candidats. Question écrite : « Du système veineux. Anatomie générale. »

Thérapeutique et médecine légale : M. Aron, médecin-major de deuxième classe au 6e d'artillerie ; sept candidats. Question écrite : « 1° Indications et contre-indications de la strychnine dans les maladies du système nerveux ; 2° rapport médico-légal sur des extravasations sanguines et des taches ecchymotiques, examinées *post mortem*. »

Pharmacie et matière médicale : M. Pélissié, pharmacien-major de deuxième classe aux hôpitaux de la division d'Alger ; un candidat. Question écrite : « Des médicaments fournis par la famille des légumineuses. »

Trois candidats s'étaient présentés pour l'anatomie, huit pour la thérapeutique, et un seul pour la pharmacie.

Un certain nombre d'étudiants de la Faculté de Montpellier étaient allés, aux mois de juin et de juillet derniers, porter leurs soins dans les communes de l'arrondissement de Béziers où sévissait une épidémie de suette miliaire et de petite vérole.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu, sur la proposition de M. le préfet de l'Hérault, accorder une médaille d'argent à M. de Vésine-Larue, et une médaille de bronze à MM. Rivez, Fauchard, Bousquet, Barthier et Monisset, qui se sont distingués par leur belle conduite.

M. le recteur de l'Académie de Montpellier a été chargé par le ministre de l'instruction publique d'adresser, au nom de Son Excellence, des félicitations à ces jeunes gens.

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Launay, chirurgien de la marine, décédé à Angers ; de M. le docteur Desfriches, d'Argentan ; de M. le docteur Fousset, de Cœuvre (Aisne). Enfin, nous devons une mention toute spéciale à M. le docteur Reynaud, du Vigan, qui a succombé au début de la plus belle carrière aux suites d'une goutte anomale.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Observations à l'appui du traitement de certaines formes d'épilepsie par le bromure de potassium.

Par M. le docteur Robert Mac Donnell.

Le docteur Marshall Hall a fait la remarque qu'il n'y a pas de route royale conduisant à la cure de l'épilepsie, « *There is no royal road to the cure of epilepsy;* » il va jusqu'à dire que l'idée d'un remède pour cette maladie est antiphilosophique. Sans aller aussi loin, je dirai que, dans mon opinion, peu de personnes liront les ouvrages des écrivains les plus distingués sur cette question sans se convaincre bientôt que des affections très-différentes les unes des autres ont été groupées et réunies par les auteurs sous le nom d'*épilepsie et d'attaques épileptiformes*. Si même l'on considère les théories de l'épilepsie, comme on les appelle, qui de temps en temps ont été proposées pour la classe de maladies caractérisées par une perte subite de connaissance et par des convulsions, cela seul suffira pour faire voir l'absurdité de supposer qu'il y ait, suivant l'expression que nous venons de citer, une grande route pouvant mener à la cure d'affections marquées, il est vrai, par ces traits saillants, mais différant d'ailleurs les unes des autres. L'examen des cas d'épilepsie, dont les observations ont été publiées, si dissemblables sous le rapport des causes qui les ont produits, l'étude de l'infinie variété des traitements et des guérisons rapportées par des personnes dignes de foi comme résultant de médications ayant entre elles peu de ressemblance dans leur action physiologique, conduisent également à cette conviction, qu'une multitude d'affections ont été rapprochées sous le nom d'*épilepsie*. Dans le fait, plus on voit de ce que nous appelons épilepsie, plus on reste convaincu que chaque cas de cette affection doit être étudié en lui-même, et plus on est porté à espérer que l'examen attentif des cas individuels pourra conduire à une connaissance plus précise des circonstances qui rendent tels remèdes spéciaux avantageux dans telles formes particulières de la maladie.

Si je me décide à faire aujourd'hui au public cette courte communication, c'est dans le but d'appeler l'attention des praticiens sur l'emploi d'un agent, qui, si l'on apporte le discernement nécessaire dans le choix des cas auxquels il est approprié, sera trouvé, je puis le dire avec confiance, d'une efficacité singulière : je veux parler du bromure de potassium. Je sais parfaitement qu'un grand

nombre de médecins ont déjà reconnu la valeur de ce médicament. Je ne parle donc pas de son emploi comme d'une chose nouvelle. Sir Ch. Locock, en 1853, a apporté en sa faveur un chaleureux témoignage; depuis lors, le docteur Brown-Séquard, le docteur C. Bland Radcliffe et d'autres, avec une expérience de beaucoup supérieure à celle dont je puis me flatter, ont ajouté le poids de leurs dépositions dans le même sens. « Je puis témoigner, dit le docteur Radcliffe, que ce médicament s'est montré plus ou moins utile dans des cas ayant les caractères les plus dissemblables; si utile, que le nom de sir Charles Locock devrait être gravé dans le souvenir reconnaissant de tous les épileptiques, ainsi que des nombreux patients affectés d'une autre forme de maladie convulsive. »

Sir Charles Locock, écrivant en 1853, s'exprime ainsi : « Il y a quatorze mois je fus consulté pour une jeune dame qui était atteinte depuis neuf ans d'hystéro-épilepsie, et chez laquelle on avait essayé tous les moyens que divers médecins, et moi-même parmi eux, avaient pu imaginer, mais sans aucune espèce de succès. La malade commença à prendre le bromure de potassium il y a eu un an au mois de mars dernier, au moment où venaient de finir ses règles, pendant lesquelles elle avait eu deux attaques. Elle en prit d'abord dix grains, trois fois par jour, pendant trois mois; puis cette même dose ne fut plus donnée que pendant la quinzaine qui précédait chaque époque menstruelle, et enfin pendant les trois ou quatre derniers mois l'administration en a été bornée aux huit jours précédant la menstruation. Le résultat a été excellent, car pendant toute la durée de ce traitement elle n'a pas eu une seule attaque. Le nombre des cas où j'ai expérimenté ce médicament se borne à quatorze ou quinze; le succès n'a manqué que dans un seul, et dans ce cas la malade avait des attaques non-seulement pendant les règles, mais encore dans leur intervalle. »

J'ai entendu dire au docteur Brown-Séquard, qui a fréquemment employé le bromure de potassium, qu'il a de l'efficacité de cet agent l'opinion la plus haute. Pour ma part, extrêmement sceptique à l'endroit de l'utilité d'un grand nombre de médicaments très-vantés, et peu disposé, je dois en convenir, à retrancher de mon scepticisme par la proportion considérable de guérisons obtenues dans les quatorze ou quinze cas mentionnés par sir C. Locock, ce ne fut qu'avec une foi médiocre dans le succès que je commençai à employer le bromure de potassium. Je dois confesser aujourd'hui que j'ai trouvé ce médicament, dans un certain nombre de cas, d'une remarquable efficacité, quoique non aussi puissant à arrêter com-

plétement les attaques qu'il semble l'avoir été entre les mains de sir C. Locock.

E. L***, âgée de vingt-trois ans, domestique, eut sa première attaque dans la matinée du 4 juillet 1861. C'était une jeune fille robuste, fraîche, présentant tous les signes extérieurs d'une forte santé, n'ayant jamais eu de convulsions dans son enfance, et ne connaissant dans sa famille personne qui fût épileptique.

Le jour qui vient d'être indiqué, on la trouva étendue dans le salon, insensible, en proie à une attaque de convulsions. Sa seconde attaque survint le 1er août 1861, le matin, pendant qu'elle était encore au lit : elle ne poussa pas de cri; un bruit, une sorte de gargouillement dans la gorge fut le premier symptôme qui attira l'attention d'une autre servante, sa compagne; elle eut de violentes convulsions, de l'écume à la bouche, mais ne se mordit pas la langue. L'accès dura environ une demi-heure; on eut beaucoup de peine à l'empêcher de tomber de son lit; la perte de connaissance était complète; elle demeura dans un état d'assoupissement, avec du mal de tête, le reste de la journée. Une dose d'huile de ricin et de térébenthine fut administrée à la malade et répétée tous les trois jours, pendant une quinzaine; elle ne rendit pas de vers.

Le 27 août nouvelle attaque, ainsi que le 19 septembre. On reconnut alors que la première et la seconde attaques avaient eu lieu à l'époque menstruelle; que la troisième était survenue au moment où les règles étaient attendues, mais faisaient défaut; et que la quatrième coïncidait de nouveau avec la présence de l'indisposition mensuelle. La malade fut mise au bromure de potassium, à la dose de dix grains, répétée trois fois par jour; le médicament fut continué avec persévérance, sauf de très-courtes interruptions, jusqu'en mai 1862. Pendant tout ce temps il ne revint aucune attaque. J'ai vu la malade en décembre 1862, et, jusqu'à cette époque, il n'y avait pas eu de récidive.

Sarah O***, âgée de vingt-cinq ans, jeune fille petite et délicate, d'un teint frais, était (juillet 1860) sujette à des attaques depuis quatre ans, ne survenant pas uniquement à ses époques menstruelles, mais se montrant, à ces époques, et plus fréquentes et plus intenses. Le 9 juillet, elle eut deux attaques, de l'une desquelles je fus témoin, m'étant trouvé à ce moment dans la maison pour voir un enfant. Je la vis de nouveau le 10 juillet, depuis le commencement jusqu'à la fin d'une attaque qui dura six minutes et qui fut regardée comme légère. Le 15, j'assistai encore à une autre attaque, plus violente, et qui dura onze minutes. Les attaques étaient positivement de nature épileptique, à en juger du moins par la perte complète de connaissance et les convulsions : il n'y avait pas de cri au début, mais une inspiration profonde soudaine; pas de morsure de la langue, mais la salivation écumeuse. Il n'existait pas de symptômes avant-coureurs dont la malade eût conscience; mais outre qu'elle savait parfaitement que ses attaques s'aggravaient aux

époques menstruelles, ses parents reconnaissaient, au changement de son caractère qui devenait triste et irritable, à la coloration plus foncée de ses paupières, à une odeur particulière qu'exhalaient sa peau et ses excrétions, que les attaques étaient imminentes et l'empêchaient alors de sortir. L'odeur signalée avait, en effet, quelque chose de tout à fait particulier : quand on touchait sa peau, comme par exemple pour tâter le pouls, la main sentait comme si l'on avait manié du cuivre, ou mieux l'odeur ressemblait sensiblement à celle qui s'exhale quand on sublime de l'arsenic. Les règles, chez cette malade, duraient cinq ou six jours et revenaient très-régulièrement tous les quinze ou seize jours, en comptant du dernier jour d'une époque au premier de l'époque suivante; assez souvent une période inter-menstruelle s'écoulait en entier sans qu'il y eût aucune attaque. Mais presque toujours il en survenait une le premier ou le second jour des règles, deux ou trois le lendemain, et le jour suivant cinq, sept et même jusqu'à douze ; elles allaient ensuite diminuant de nombre et d'intensité, et disparaissaient le dernier jour ou le jour d'après. Elle ne croyait pas que, les trois dernières années, la menstruation se fût jamais passée sans s'accompagner d'attaques. J'ai vu cette malade avoir une série de huit attaques dans le cours d'une nuit, n'étant pas séparées les unes des autres par un intervalle de plus d'une heure. A la suite d'une semblable répétition du mal, la prononciation des mots était pour ainsi dire épaisse et presque inarticulée, et il y avait des secousses choréiques des membres et des muscles du cou ; mais dans les intervalles l'intelligence n'était que peu ou point affectée, et dans la conversation il ne m'était pas possible de découvrir la moindre altération sérieuse de la mémoire.

Pendant quelque temps la malade fut traitée par la térébenthine, dans l'espoir d'amener peut-être l'expulsion de parasites intestinaux. Sous l'influence de ce traitement, il parut se produire un peu d'amélioration, mais aucun entozoaire ne fut rendu.

Le 4 septembre 1860, la malade fut mise à l'usage de l'huile de foie de morue et du bromure de potassium, dont elle prit 50 centigrammes trois fois par jour. Les règles vinrent le 22 et durèrent jusqu'au 27 : pendant leur durée, elle eut une seule attaque, le troisième jour. Elle en eut une autre, légère, dans l'intervalle de cette époque à la suivante, le 5 octobre.

Le 15 octobre, retour des règles jusqu'au 21 ; une attaque le 15 et une le 20, c'est-à-dire deux attaques pendant la durée de cette menstruation. Le 25 octobre je doublai la dose de bromure, en faisant toujours continuer l'huile de foie de morue ; je recommandai en même temps plus d'exercice et une alimentation aussi substantielle que possible.

Le bromure de potassium fut continué à cette dose de vingt grains trois fois par jour, pendant quatre mois. Ce temps expiré, comme il n'y avait eu aucun retour de la maladie, le traitement fut abandonné et je cessai de voir la malade. Je l'ai revue en juin dernier. A mon grand étonnement, je la retrouvai mariée et enceinte. Elle m'assura que, jusqu'à l'époque de sa grossesse, elle n'avait pas eu d'at-

taques. En mai elle en avait eu plusieurs petites, dont elle attribuait la cause à des contrariétés. Depuis elle est accouchée et, quoique le travail ait été assez long, elle n'a pas eu de convulsions.

La malade dont il est question dans le cas suivant, est encore en traitement, et, quoique la guérison n'ait pas été obtenue, les résultats néanmoins déposent fortement en faveur de l'influence avantageuse qu'exerce le bromure de potassium, encore bien que ce médicament ait été impuissant à arrêter complétement les attaques.

En décembre 1862, je fus consulté pour une dame âgée de trente-deux ans, qui était épileptique depuis sa première menstruation, seize ans auparavant. Quoique non absolument limitées aux jours de ses indispositions cataméniales, les attaques, chez cette malade, ont lieu généralement au commencement et à la fin de ce temps. Les époques menstruelles revenaient avec régularité environ tous les seize jours et duraient d'ordinaire cinq jours. Il y avait généralement douze ou quatorze attaques par mois, dont le plus grand nombre au commencement et pendant la durée des règles. D'après un relevé qui a été fait, elles ont lieu de la manière suivante :

1862			
Octobre	6	1 attaque.	
	7	4 —	
	8	2 —	Apparition des règles.
	9	1 attaque.	
	10	1 —	
	11	1 —	
	12	1 —	
	13	1 —	
	30	Apparition des règles.	
	31	1 attaque.	
Novemb.	2	1 —	
	3	1 —	
	4	2 —	
	5	1 —	

1862		
Novemb.	6	1 attaque.
	7	1 —
	19	Apparition des règles. 1 attaque (légère).
	24	1 —
	25	2 —
	26	1 —
	28	1 —
Décemb.	9	Apparition des règles. 1 attaque.
	10	2 —
	11	3 —
	12	2 —
	13	1 —
	14	1 —

C'est pendant la série d'attaques qui commença le 9 décembre 1862, que j'eus occasion de voir la malade pour la première fois ; je la vis dans une attaque : elle n'eut pas le cri initial, mais il y eut une respiration profonde, que l'on entendit parfaitement de la pièce voisine où je me trouvais. L'attaque dura quatre minutes : la perte de connaissance était complète ; les convulsions peu intenses, et occupant principalement le côté gauche ; il n'y eut pas d'écume, pas de morsure de la langue ; elle resta appesantie et hébétée pendant plus d'une heure à la suite de cette attaque, qui, me dit-on, avait été légère, comparativement aux autres. Dans toutes celles énumérées ci-dessus, elle avait complétement perdu connaissance, à l'exception d'une seule, celle du 19 novembre.

Entre autres renseignements que je demandai sur cette malade, je m'enquis si, entre les médicaments dont elle avait usage, il s'en était trouvé quelqu'un qui eût paru rendre des services réels, ajoutant que je pensais en connaître un qui probablement serait utile.

On me dit que, parmi un grand nombre de remèdes qui avaient été essayés, un seul avait semblé avoir de l'influence : « à ce point, ajoutait la mère, que j'ai cru quelque temps la maladie guérie, grâce à une prescription faite par sir Charles Locock il y a trois ans. C'est le seul remède qui ait paru être utile ; il arrêta les attaques pendant près de quatre mois. »

Je demandai à voir l'ordonnance, et je reconnus qu'il s'agissait du bromure de potassium, à la dose de dix grains, trois fois par jour.

Le 18 décembre 1862, je prescrivis une solution de 1 once (28 grammes 1/2 environ) dans 3 onces (à peu près 85 grammes) d'eau distillée, à prendre à la dose de 60 *minims* (1), répétée trois fois par jour ; une cuillerée à thé d'huile de foie de morue, également trois fois par jour ; une alimentation substantielle ; et enfin l'exercice en plein air, autant que possible, sans aller jusqu'à la fatigue.

Voici quel a été l'état de la malade pendant l'année 1863 :

Janvier.	Pas d'attaque.	Juillet.	2 attaques.
Février.	8 attaques, 2 pendant les règles,	Août.	5 — 1 pendant les règles.
Mars.	3 attaques.	Septem.	3 attaques.
Avril.	2 —	Octob.	5 — 1 pendant les règles.
Mai.	5 —	Nov.	Pas d'attaque.
Juin.	4 — 1 pendant les règles.		

Dans aucune de ces attaques, la malade n'a perdu connaissance ; elles se trouvèrent réduites à des accès de *petit mal*, et du caractère le plus passager. En juin j'avais augmenté la quantité du bromure, le faisant prendre à la dose de quarante grains, trois fois par jour, mais sans réussir toutefois à enrayer complétement la maladie.

Il y a un an, cette malade présentait des signes non douteux d'affaiblissement intellectuel : toute réflexion, toute concentration des idées lui était impossible ; elle ne pouvait parvenir à modérer l'irritabilité de son caractère, tout en s'en rendant compte ; et quoique je me fusse assuré que sa mémoire était bonne, elle me disait cependant qu'elle ne trouvait aucun goût à la lecture, même de nouvelles et de romans, parce que d'un jour à l'autre elle perdait le souvenir du nom des personnages et ne pouvait s'y reconnaître. Il n'en est plus ainsi actuellement : il s'est produit une remarquable amélioration dans l'état des facultés intellectuelles.

Ces cas, et d'autres semblables, donnent lieu de penser que nous possédons dans le bromure de potassium un médicament d'une grande efficacité dans les affections épileptiformes, lorsqu'elles sont sous la dépendance d'un trouble ayant son siége dans le système utérin. Mais en engageant mes confrères à y recourir dans ces conditions, je dois dire qu'on ne saurait s'attendre à le trouver constamment

(1) D'après Neligan, le *minim* = 0.05915 de notre millilitre.

efficace dans tous les cas, même d'épilepsie évidemment liée à un dérangement de la fonction menstruelle. Je l'ai administré, de l'aveu de mon collègue le docteur Banon, à une jeune femme, détenue de la prison de Mountjoy, qui avait eu des convulsions puerpérales à son premier accouchement, et qui depuis était épileptique, avec cette circonstance, en apparence favorable, que ses attaques avaient lieu, pour la plupart du temps, à l'époque des règles. Or, chez cette malade, quoique j'attendisse beaucoup de l'effet du médicament, je dois dire que son emploi n'a amené aucun résultat avantageux, bien qu'il ait été administré avec persévérance et à haute dose.

A l'égard de la dose, d'après une expérience qui ne laisse pas que d'être considérable, je suis en mesure de dire que le bromure de potassium peut être donné, avec une entière confiance et une sûreté complète, en beaucoup plus grande quantité qu'on ne le prescrit d'ordinaire. J'ai fait prendre trente ou quarante grains, et même davantage, trois fois par jour, pendant des mois, sans observer aucun mauvais effet; et une chose dont j'ai lieu d'être certain, c'est que souvent une dose de dix grains, répétée trois fois dans la journée, est trop faible pour amener des résultats favorables.

Bien que les témoignages de plusieurs praticiens signalent les cas d'épilepsie, avec troubles des fonctions utérines, comme ceux dans lesquels le bromure de potassium est le plus particulièrement susceptible de se montrer avantageux, il en est d'autres cependant où son utilité ne saurait être révoquée en doute.

Un jeune homme, âgé de dix-huit ans, fut admis à l'infirmerie de la maison de détention de Mountjoy, le 12 avril 1863. Les renseignements portaient que le jeune malade était épileptique et avait trois ou quatre attaques par jour. Je n'ai jamais eu moi-même l'occasion de le voir dans un accès; mais un jour, au moment de ma visite, je le trouvai dans un état d'hébétude, de stupeur, avec une parole lente et embarrassée. Je fus frappé de l'odeur particulière qui s'exhalait de sa peau; c'était le même mélange d'odeur d'ail et de laiton noté dans l'observation précédente; et j'avoue que ce fut cette circonstance, bien que ce fût la seule semblable entre les deux cas, qui me suggéra l'idée d'administrer le bromure de potassium. Je commençai par des doses de dix grains, trois fois par jour, et je les portai successivement à quinze au bout de huit jours, et à vingt huit jours après. Ce jeune homme se rétablit complétement, et en conséquence il ne fut pas désigné pour être placé, comme il est d'usage, dans l'établissement destiné aux épileptiques confirmés : cependant, quant à moi, ne l'ayant jamais vu dans une attaque,

j'avoue que j'inclinais à douter de la justesse de mon diagnostic et à croire à une affection simulée. Mais mon ami, le docteur Mayne, m'accompagnant un jour dans ma visite à l'infirmerie de la prison, reconnut ce jeune homme comme ayant été antérieurement dans son service dans une des workhouses de Dublin. D'après son assurance, je dus renoncer à l'opinion que je m'étais faite à l'égard de ce malade, et je crois qu'il y a lieu de ranger ce cas parmi ceux qui ont été avantageusement modifiés par la médication dont je m'occupe ici.

Je ne prétends pas dire que l'odeur particulière observée chez ce jeune homme puisse être, quand elle se rencontre, une indication suffisante pour autoriser à prédire le succès du traitement par le bromure de potassium, quoique cette circonstance mérite peut-être quelque attention. Une odeur fétide spéciale, provenant de la peau ou des excrétions, est une chose commune chez les épileptiques, comme symptôme avant-coureur ou concomitant d'une série d'accès. On peut présager une attaque par l'odeur de la suppuration d'un exutoire ou d'une brûlure ; mais l'odeur dont je parle me paraît être quelque chose de *sui generis*, et qui, comme je l'ai dit plus haut, ne peut mieux se comparer qu'à celle de l'arsenic sublimé.

Dans les cas où les attaques épileptiformes sont sous la dépendance d'excès vénériens chez les hommes, je crois qu'il y a lieu de compter également sur l'action du bromure de potassium ; mais comme mes observations à ce sujet sont encore incomplètes, c'est un point que je dois réserver pour une communication ultérieure.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la coxalgie et de son traitement chez les enfants.

Par M. P. Guersant, chirurgien honoraire des hôpitaux.

La coxalgie est une maladie inflammatoire ou sub-inflammatoire de l'articulation coxo-fémorale, caractérisée, au début, par de la claudication, par de la douleur, qu'on ne provoque quelquefois que par des mouvements de rotation ou de pression de la tête du fémur dans la cavité cotyloïde, ou bien par de la gêne plutôt que de la douleur, sans élévation sensible de la température vers le point malade.

On a souvent appelé la coxalgie luxation spontanée, luxation pathologique, coxarthrocace, etc. Quel que soit le nom qu'on lui donne, il est certain pour nous que la coxalgie a de nombreux points

de contact avec la plupart des maladies articulaires de nature scrofuleuse. Les altérations pathologiques sont aussi variables que complexes.

On n'a pas souvent l'occasion d'examiner anatomiquement des coxalgies au début. Dans le seul cas où j'ai pu faire cette étude, sur un sujet qui avait succombé à une affection intercurrente, j'ai constaté une injection légère de la synoviale articulaire. Dois-je conclure de là qu'il existe toujours une inflammation peu intense de la synoviale au début de la coxalgie? Ce seul fait personnel ne m'autorise pas à l'affirmer, et je suis même porté à croire que, dans certains cas, il pourrait bien n'y avoir, dès le principe, qu'une simple congestion des parties fibreuses péri-articulaires. Mais à mesure que l'arthropathie fait des progrès, l'inflammation se caractérise davantage, et l'on constate quelquefois une synovite purulente. Alors les désordres s'étendent progressivement, la cavité articulaire se remplit de pus, les enveloppes fibreuses distendues se ramollissent et laissent la collection purulente faire saillie pour s'ouvrir au dehors. Lorsque les moyens d'union ont cédé à la pression excentrique par le mécanisme que nous venons d'indiquer, la tête du fémur, usée, cariée, tend à sortir de la cavité cotyloïde. Telle est parfois l'origine des luxations spontanées.

Consécutivement aux progrès de la maladie, les deux surfaces articulaires se trouvent altérées dans une étendue plus ou moins considérable. La cavité cotyloïde surtout est agrandie par l'altération du cartilage et la destruction de la substance osseuse elle-même; souvent les rebords de cette cavité sont refoulés, *éculés* en dehors, et laissent ainsi les surfaces osseuses perdre leurs rapports, et se produire les luxations dites *spontanées;* le ligament rond se ramollit, s'allonge et se détruit. Je n'ai jamais vu ces luxations spontanées se faire autour de surfaces articulaires non altérées, mais toujours, d'une manière lente et graduelle, consécutivement à la destruction des surfaces osseuses. Les luxations sont le plus souvent incomplètes.

Cependant les luxations complètes peuvent s'observer, et dans ces cas, la cavité cotyloïde est effacée soit par des végétations morbides qui comblent sa profondeur, soit par la disparition de ses bords, qui la transforment en une surface à peine excavée. Sur le point de l'os iliaque où repose la tête du fémur déplacé, on voit une nouvelle cavité assez mal conformée, qui gêne beaucoup les mouvements du membre dans cette nouvelle position.

Bien qu'on ait observé des coxalgies chez de petits enfants de six

à huit mois, il n'en est pas moins vrai que c'est entre quatre et quinze ans qu'on voit le plus souvent débuter cette maladie. Passé quinze ans, on n'observe, en général, que des récidives de coxalgies temporairement améliorées. Aussi les malades qui paraissent le mieux rétablis ne doivent pas oublier que le mauvais choix d'une profession qui les force à se tenir beaucoup sur les jambes et une hygiène défectueuse peuvent provoquer une rechute.

La constitution exerce bien certainement une influence de premier ordre sur la manifestation de la coxalgie ; c'est, en général, chez des individus lymphatiques et scrofuleux qu'elle se développe. Pour apprécier la valeur étiologique de la scrofule, il faut bien être persuadé qu'un enfant peut être lymphatique sans présenter de ganglions engorgés ou des ophthalmies de cause interne.

Bien que cette maladie soit constitutionnelle, nous trouvons quelquefois des causes déterminantes. Ainsi les mauvaises conditions hygiéniques, les rhumatismes, puis les causes traumatiques négligées pourront amener la coxalgie chez bien des individus, qui, en dehors de ces circonstances fâcheuses, auraient sans doute échappé à ses atteintes. Il existe même des coxalgies traumatiques proprement dites, et ces dernières n'ont pas, à beaucoup près, la même gravité que les coxalgies spontanées.

Les symptômes de la coxalgie varient suivant les cas. Je n'insisterai pas sur les détails que l'on trouvera consignés dans les livres classiques. Qu'il me suffise de dire que le plus souvent le début de cette maladie est lent et insidieux.

On doit considérer ses manifestations morbides dans trois périodes bien différentes : la première, qui correspond au premier degré des altérations pathologiques rhumatismale, traumatique ou scrofuleuse, est caractérisée par une claudication peu prononcée, une douleur peu vive, une apparence trompeuse d'allongement ou de raccourcissement du membre, déterminée par la contraction musculaire occasionnée instinctivement elle-même par la douleur ; de la gêne dans un ou plusieurs mouvements de l'articulation coxo-fémorale. En général, le bassin est dévié, le côté correspondant à l'articulation malade est abaissé ou relevé, ce qui occasionne l'allongement ou le raccourcissement du membre ; il présente, du côté du dos, une sorte d'ensellure que l'on peut considérer comme caractéristique. Cependant les malades marchent encore et se livrent aux occupations ordinaires de leur âge.

Si la maladie n'est pas arrêtée par une modification naturelle de l'état général du sujet sous l'influence d'une médication convena-

ble, elle passe bientôt à la deuxième période. Alors les symptômes précédents s'aggravent ; le malade cesse de courir, puis refuse obstinément de marcher, pour éviter les douleurs intolérables que provoquent les mouvements. Il prend dans le lit une attitude spéciale, et l'on voit se former autour de l'articulation des collections purulentes qui sont très-longues à se résorber ou à s'ouvrir au dehors.

Lorsque ces abcès se font jour à l'extérieur, ils constituent des fistules intarissables qui commencent la troisième période de la coxalgie. Les surfaces articulaires détruites par la suppuration sont le siége des déplacements que nous avons indiqués. Cette suppuration, souvent très-abondante, épuise les malades, qui tombent dans le marasme et souvent meurent après un temps variable. A l'autopsie, nous avons quelquefois constaté la perforation de la cavité articulaire et la tête du fémur faisant saillie dans le bassin.

Quelquefois, au lieu d'abcès qui viennent s'ouvrir autour de l'articulation, ce sont des fongosités qui comblent la cavité cotyloïde, chassent la tête fémorale et viennent perforer la peau comme un véritable abcès.

On peut voir des malades survivre aux ravages de la troisième période, mais ce n'est qu'après avoir gardé longtemps des trajets fistuleux qu'ils échappent à la terminaison fatale ; encore cette guérison n'est-elle jamais bien consolidée ; ils restent infirmes et sont exposés aux récidives. Nous avons vu quelquefois, mais rarement, des exemples de guérison de ce troisième degré.

En général, la marche de la coxalgie est très-lente, la maladie dure des années ; le plus souvent, la guérison ne s'établit que vers l'âge de seize à dix-sept ans.

On est quelquefois surpris du peu d'influence que la coxalgie exerce sur l'état général de ceux qui en sont atteints. Durant la première et la deuxième périodes de la maladie, les malades peuvent conserver toutes les apparences d'une santé parfaite.

La terminaison de la coxalgie dépend de la cause qui l'a produite, et de la période où elle est arrivée. La première période peut se terminer sans difformité, tandis que la deuxième période laisse toujours une certaine roideur dans l'articulation, ou même l'ankylose. Ces malades, quoique boiteux, sont cependant, après beaucoup de temps, très-solides sur leurs jambes, et peuvent se livrer à des travaux assez rudes sans se fatiguer.

On ne guérit jamais de la troisième période qu'avec des difformités considérables. Le plus souvent, une longue suppuration entraîne une terminaison funeste.

Au point de vue du diagnostic différentiel, nous signalerons principalement les douleurs rhumatismales, comme pouvant simuler le début de la coxalgie ; mais l'apparition subite de ces douleurs, survenant sous l'influence du froid ou de l'humidité, suffira pour faire reconnaître leur nature.

Les abcès de la fosse iliaque, certaines rétractions musculaires, pourraient quelquefois induire en erreur, si l'on n'avait pas le soin de s'entourer de toutes les précautions nécessaires à une bonne investigation.

La luxation congénitale, avec raccourcissement réel, simule tout à fait la coxalgie, surtout lorsqu'il existe des douleurs rhumatismales ou névralgiques autour de l'articulation. Dans ce cas, il faudra tenir compte des antécédents, s'assurer si le malade a toujours boité, dans quelles circonstances les douleurs se sont manifestées, etc.

On évitera la confusion avec la coxalgie nerveuse ou hystérique, décrite par M. Robert. Cette dernière maladie se rencontrera chez des jeunes filles très-excitables ; elle coïncidera, en général, avec d'autres phénomènes nerveux, et s'améliorera rapidement par les préparations ferrugineuses et toniques.

C'est surtout dans le pronostic qu'il faut tenir compte de la cause. On sait que la scrofule joue le principal rôle dans la manifestation de la coxalgie non traumatique. Or, comme la scrofule n'a qu'un temps pour sévir chez les jeunes malades, il faut chercher à porter son pronostic d'après l'évolution apparente de la diathèse scrofuleuse.

Quelquefois, disait notre prédécesseur, M. Baffos, la scrofule assouvit sa rage sur une seule articulation ; l'état général devient excellent, et le malade, bien portant d'ailleurs, peut n'avoir que sa coxalgie. Dans ce cas, l'âge aidant, une guérison durable peut être obtenue. Je dis une guérison durable, et non complète, parce que les individus qui parviennent, au bout de plusieurs années, à se servir du membre malade, sont toujours plus ou moins difformes, et ne sont jamais que des infirmes guéris. Cependant, ces malades sont contents de leur position, et s'estiment heureux d'avoir retrouvé la santé après huit, dix ans de souffrance et de soins continus.

Il est inutile de dire que le pronostic de la coxalgie emprunte un nouveau degré de gravité à chacune des trois périodes où on l'observe. Si la première et la deuxième période laissent, en général, un bon espoir, la troisième est le plus souvent désolante ; cependant, il ne faut pas oublier que les coxalgies, même les plus graves, guérissent, surtout si elles sont de nature rhumatismale.

Ajoutons encore une fois que les coxalgies traumatiques sont moins graves que les coxalgies spontanées ou liées à la constitution. Je pourrais citer plusieurs cas de coxalgies consécutives à des violences extérieures, dont la terminaison heureuse a été obtenue après un traitement de sept à huit mois seulement. Dans le courant de l'année 1859, M. Roger nous a adressé une jeune malade qui avait fait une chute d'un arbre sur la hanche ; il s'ensuivit une coxalgie non douteuse, que nous avons vue guérir dans l'espace de huit mois par le repos.

Comme la plupart des affections chroniques, la coxalgie emprunte ses ressources thérapeutiques à des moyens locaux et à des moyens généraux, qui agissent d'autant plus efficacement qu'ils sont employés au début. Énumérons d'abord les moyens locaux qui sont plus particulièrement du ressort de la chirurgie ; nous indiquerons ensuite les moyens généraux.

Le traitement local varie avec chacune des trois périodes de la maladie. Lorsque le système de Broussais était en vigueur, on appliquait souvent des sangsues au début de la coxalgie. J'ai moi-même obtenu quelquefois, par ce moyen, un soulagement momentané dans des cas de coxalgie aiguë, avec des douleurs très-vives autour de l'articulation. Depuis quelques années, nous avons presque complétement renoncé à ces émissions sanguines, qui affaiblissent les malades sans donner des résultats suffisamment durables. Ce n'est donc que dans les cas exceptionnels, lorsqu'il existe un état aigu très-intense, que nous avons quelquefois recours aux ventouses scarifiées, encore faut-il que l'état du malade nous y invite pour ainsi dire.

Après les émissions sanguines, on a beaucoup vanté les résolutifs, tels que les onctions avec la pommade mercurielle belladonée, la pommade iodurée, etc. Nous employons encore volontiers ces moyens, et nous prescrivons concurremment avec ces onctions des cataplasmes et des douches de vapeur autour de l'articulation. Nous pouvons affirmer que nous avons obtenu souvent de bons effets de cette combinaison.

Les révulsifs ont eu aussi leur vogue. Nous dirons des vésicatoires volants ce que nous avons déjà dit des saignées : ils améliorent momentanément ; mais on a remarqué que les vésicatoires s'enflamment facilement, et déterminent quelquefois de vives douleurs. A cause de ces inconvénients, mon père leur préférait des cautères volants appliqués successivement. D'après les résultats de sa pratique, j'ai depuis employé ce genre de révulsifs avec beaucoup de

persévérance. Qu'il me suffise de dire que j'ai fait appliquer jusqu'à quarante cautères volants autour de la même articulation. Ces exutoires, de l'étendue d'une pièce de vingt centimes, sont entretenus, pendant un temps variable, avec le sparadrap et l'onguent de la mère. J'ai obtenu ainsi un soulagement plus durable qu'avec les moyens déjà signalés, et je puis même dire que, dans quelques cas, la guérison a été observée.

Cependant nous devons avouer qu'à côté de ces rares succès, nous pourrions citer un nombre effrayant de cas où nous avons complétement échoué. Malgré l'inconstance des résultats obtenus par les cautères, je ne crois pas encore devoir renoncer à leur usage. Je suis convaincu que dans certaines formes de coxalgie, ils peuvent rendre quelques services. Ce n'est pas la manière de voir de tous les chirurgiens — et de M. Bouvier en particulier — qui, après avoir fait longtemps usage des cautères volants, renoncent à les employer, persuadés qu'ils sont que ces suppurations continues épuisent les malades, et qu'en définitive l'efficacité de ces cautères est trop problématique pour contre-balancer leurs inconvénients. Bonnet, de Lyon, préconise l'immobilisation comme moyen curatif, sans abandonner tout à fait les cautères.

On avait reconnu depuis longtemps les bons effets de l'immobilisation dans les maladies articulaires ; mais c'est au chirurgien de Lyon que revient l'honneur d'en avoir fait une application méthodique au traitement de la coxalgie. L'immobilisation est le véritable moyen de s'opposer à la contraction musculaire qui, par son action, est la cause de tous les désordres secondaires de cette affection ; aussi ce moyen doit être employé au début de la maladie, avant même qu'une légère déviation du bassin se manifeste.

Déjà, M. Martin avait construit dans ce but un appareil qui tenait le membre dans une demi-flexion ; cette attitude avait des avantages et nous a donné des succès, mais elle avait aussi l'inconvénient de tenir l'articulation fléchie, et la cuisse devenait très-difficile à étendre. Bonnet a pensé qu'il était préférable de maintenir le membre dans l'attitude de l'extension. Pour remplir cette indication, il employa d'abord une simple gouttière, mais il ne tarda pas à s'apercevoir qu'il fallait immobiliser le bassin, et du même coup les deux membres inférieurs. Il fit usage d'abord d'un appareil très-compliqué, très-difficile à placer, et qui était dextriné ou amidonné ; il réclamait une quantité considérable de bandes, beaucoup de temps à sécher, beaucoup de soins pour l'application, et de grandes difficultés pour le changer ; ce n'est pas cet appareil que nous conseil-

lons ; mais Bonnet fit construire sa gouttière double que tout le monde connaît.

Je n'ai pas à entrer dans les détails descriptifs de cet appareil ; il suffit que l'on sache que pour l'appliquer, on endort habituellement les malades, afin de les placer dans une position convenable, en étendant les muscles rétractés. Il est bien entendu qu'il faut prolonger l'anesthésie jusqu'à ce qu'on soit parvenu à étendre le membre dans l'état normal ; il faut pour cela faire des mouvements doux et gradués de flexion et d'extension, arriver à la rectitude complète de l'articulation et au redressement de la région lombaire. On fixe alors solidement le membre dans la gouttière ; on doit s'assurer également du membre sain.

Les résultats obtenus par la gouttière perfectionnée de Bonnet sont admirables. En l'appliquant au début de la maladie, on préviendra souvent les désordres affreux que nous avons indiqués plus haut ; et si on ne guérit pas toujours les malades sans claudication, ils peuvent marcher assez bien et poser le pied sur le sol sans béquille et même sans canne. Nous n'avons qu'un seul reproche à faire à cet appareil, c'est son prix trop élevé pour la généralité de ceux qui en ont besoin. Ayant, dans la majorité des cas, à traiter des coxalgies chez des personnes peu fortunées, nous avons mis tous nos soins à chercher un système d'immobilisation à la portée de toutes les bourses, et qui remplace la gouttière de Bonnet.

Voici l'appareil auquel nous nous sommes arrêté après plusieurs essais ; il nous paraît bien remplir le double but que nous nous proposons, et il nous semble préférable à celui de Bonnet pour tenir les enfants propres.

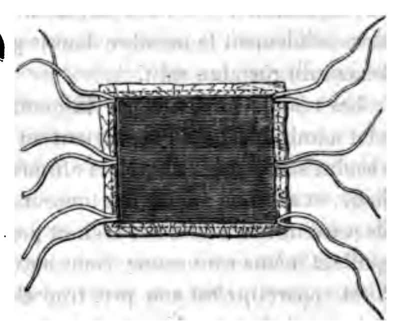
Il se compose (voir le dessin ci-contre) : de deux attelles en bois de chêne ou autre, ayant 5 millimètres d'épaisseur, 4 à 5 centimètres de largeur, et un peu plus que la longueur d'une béquille proportionnée au sujet ; elles sont appliquées en dehors de chacun des membres inférieurs. Elles doivent monter jusque sous les aisselles, sans gêner toutefois les mouvements des bras, et dépasser les pieds de 10 à 15 centimètres.

Ces deux attelles sont symétriques, présentent trois mortaises ainsi disposées : La première correspond au bassin et à l'étendue de la hauteur du bassin, elle sert à fixer le bandage de corps. On peut la remplacer par deux : une au niveau du bord supérieur de l'os des îles, une autre au niveau du grand trochanter, de manière à empêcher les liens de se déplacer.

Les deux autres mortaises correspondent au genou et au-dessus

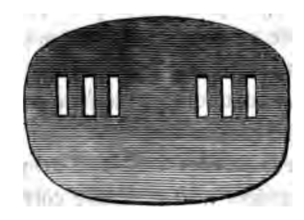
des malléoles ; elles sont destinées à recevoir des cravates pour fixer le membre. Au-dessous de la mortaise inférieure sont placées deux échancrures qui servent à fixer les liens inférieurs du coussin pour empêcher son ascension le long de l'attelle.

L'extrémité supérieure de l'attelle est arrondie ; dans l'application, elle



est coiffée par un gousset pratiqué sur le coussin. L'extrémité inférieure, qui dépasse les pieds, comme nous l'avons dit, se termine par un enfourchement avec un trou à cheville disposé de manière à le fixer solidement dans la mortaise de la traverse.

2° La traverse consiste dans une planchette transversalement ellipti-



que. Sur cette traverse sont pratiquées, dans le sens vertical, six mortaises rectangulaires. Deux de ces mortaises sont plus grandes et plus rapprochées de la courbe postérieure : elles sont destinées *à recevoir* l'enfourchement des attelles, et leur écartement égale

celui des pieds dans la station verticale. Les quatre autres mortaises, plus petites, disposées par paires, et placées un peu plus en haut et en dedans, servent à fixer les liens extenseurs. Par cette disposition, la traverse fixe les attelles, et à la fois donne de la solidité à l'appareil, protége les orteils contre le poids des couvertures, et empêche le talon de subir la pression si fâcheuse de son propre poids. Un autre avantage important, c'est qu'il permet de porter facilement le malade sur les côtés, lorsqu'il est nécessaire de le voir par le plan postérieur. Voilà pour la charpente de l'appareil. Cela regarde la menuiserie.

Les autres parties sont plus particulièrement du ressort de la couture ; ce sont : 1° Deux coussins à fractures symétriques, placés en dedans des attelles, qu'ils dépassent en haut et en bas de 5 centimètres; chaque coussin se compose d'un sac en toile, deux ou trois fois plus large que les attelles, un peu plus long qu'elles, et rempli de balles d'avoine.

L'extrémité supérieure de chacun est munie d'un gousset qui reçoit l'extrémité correspondante de l'attelle. Sur le reste de son étendue sont disposés trois rubans de fil pour le fixer à l'attelle.

2° Des moyens de fixation, savoir : un bandage de corps formé de deux pièces, une en avant, une en arrière, deux petits matelas carrés en ouate, qu'on peut placer sous chaque pièce du bandage de corps. Le bandage de corps est *coupé*, c'est-à-dire que la moitié destinée à fixer les attelles en arrière, quoique semblable, est indépendante de la moitié destinée à les fixer en avant. Chaque moitié de ce bandage se compose d'une pièce rectangulaire en toile forte, ou mieux en tissu élastique assez ferme, portant trois paires de rubans de fil cousus sur les côtés ; ces liens sont fixés deux à deux, de manière à pouvoir permettre une libre constriction, lorsqu'on les noue sur le bord de la mortaise, dans laquelle ils peuvent glisser facilement.

Les petits matelas ouatés sont un peu plus larges que les pièces du bandage de corps ; ils ont pour but d'alléger la pression trop dure de la toile.

Les cravates n'offrent rien de particulier : ce sont de simples fichus pliés en cravates ; deux pour chaque côté, une pour le genou, une pour la partie inférieure de la jambe. Quelquefois, pour soutenir le pied dans une position convenable, on fait usage d'une autre cravate disposée en étrier, comme les appareils à fractures. Cet étrier peut être fixé à la mortaise inférieure. Il peut aussi servir à faire l'extension.

Lorsque les malades présentent une ensellure très-prononcée, et que le bandage de corps est insuffisant à redresser le bassin, nous ajoutons à notre appareil un bandage de corps ordinaire, que nous plaçons autour des fesses, plus bas que le précédent. Le milieu du plein de ce bandage est placé en arrière : les chefs sont ramenés en avant, entre les coussins et les hanches, puis renversés de nouveau en arrière, sur les attelles qui font poulie de renvoi. De cette façon, le bassin est repoussé solidement en avant entre les pièces de l'appareil, tandis que le reste du tronc est maintenu par la pièce antérieure du bandage coupé. Ces deux forces en sens contraire sont suffisantes pour détruire l'ensellure et donner à notre appareil un avantage de plus.

Si les surfaces osseuses sont déjà usées et qu'il y ait tendance au déplacement, nous fixons deux lacs extenseurs autour de la jambe par un bandage roulé, ou bien à l'aide d'un foulard plié en cravate, disposé en nœud coulant au-dessus des malléoles, et nous venons fixer les extrémités du foulard ou du mouchoir, plus ou moins serrées, sur les mortaises que nous avons indiquées. Comme une très-faible extension est suffisante, le poids du corps fait assez contre-extension. Cependant, si une plus forte traction était nécessaire, il serait facile de retenir le tronc avec une large cravate fixée au lit ou des sous-cuisses, que l'on placerait alternativement à droite ou à gauche, pour ne pas blesser par une pression continue.

Ainsi composé, notre appareil est d'une simplicité extrême. Son prix de revient est modique. Il suffira d'avoir à sa disposition un menuisier et une couturière pour l'établir. Les médecins de province seront toujours à même de se le procurer, et c'est là, selon nous, un avantage important sur la gouttière de Bonnet.

L'appareil une fois préparé, voici la manière de l'appliquer : s'il existe une déformation de la hanche ou du bassin, si peu que le redressement soit douloureux et provoque des contractions musculaires, nous endormons les malades. Nous sommes alors plus à notre aise pour donner aux membres et au bassin une position régulière, et nous profitons en même temps du sommeil chloroformique pour bien constater l'état de l'articulation malade.

Lorsque le malade est dans l'attitude désirée, c'est-à-dire le membre bien étendu, l'enfant couché sur le dos, nous faisons glisser l'appareil tout monté de bas en haut, puis nous passons sous la région lombaire le petit matelas et le demi-bandage postérieur. Nous avons soin de nouer à deux les liens à droite et à gauche, afin que les attelles soient également serrées des deux côtés. Nous ferons re-

marquer qu'il faut nécessairement serrer d'abord en arrière, car les pièces de l'appareil ont une grande tendance à se déplacer en avant et à laisser le grand trochanter faire saillie en arrière de l'attelle, ce qu'il faut éviter.

Le demi-bandage antérieur et le petit matelas sont fixés en dernier lieu ; on noue successivement les cravates qui embrassent les attelles et les membres de bas en haut, en ayant soin de ne pas comprimer trop fort pour ne pas gêner la circulation. Une fois l'appareil bien placé, il faut enlever le malade à deux, et cela peut se faire facilement, sans lui causer de douleur ; alors on jette sur le lit, à l'endroit correspondant au siége, de la poudre d'amidon ou de riz. On devra tous les jours incliner le malade à droite ou à gauche pour le nettoyer et pour le saupoudrer de nouveau. Toutes les fois qu'un besoin se fera sentir, on pourra le soulever et lui passer un bassin plat, On pourra aussi le porter sur un canapé ou sur un autre lit, pour faire le sien. Il y aura toujours avantage à disposer le lit du malade en plan incliné, pour que le tronc soit plus élevé que les pieds. De temps en temps on déliera les cravates (des deux côtés), afin de permettre quelques mouvements qui préviennent la roideur des articulations.

Le temps que doit durer l'immobilisation est très-variable ; depuis que nous avons recours à notre procédé, trois mois ont suffi à l'une de nos malades pour amener une amélioration telle, que nous avons jugé à propos d'enlever l'appareil. Ce résultat est aussi satisfaisant que possible ; mais il est très-rare de pouvoir retirer l'appareil aussi tôt ; il faut, en général, le laisser très-longtemps.

Dans le but de soustraire les malades convalescents à la fatigue qu'entraîne le séjour prolongé au lit, nous conseillons de retirer de temps en temps l'appareil pour le réappliquer la nuit seulement. Mais pour éviter que les malades s'affaiblissent en restant constamment à leur chambre, nous les faisons promener en bon air dans une petite voiture où on les place avec l'appareil.

Comme conclusion générale, nous dirons que, jusqu'ici, notre appareil nous a semblé réunir les avantages des autres appareils beaucoup plus coûteux. Nos malades peuvent, comme avec la gouttière de Bonnet, être transportés d'un lieu dans un autre sans éprouver d'ébranlements douloureux. Ils sont assez bien immobilisés pour ne plus souffrir et pour s'ankyloser au besoin dans une position convenable. De plus, l'air circule mieux dans notre appareil, et les soins de propreté sont plus faciles à donner. Cependant, lorsqu'il s'agira de confier des malades au chemin de fer, par exemple pour

un long voyage, la gouttière double de Bonnet sera préférable, car elle protége plus étroitement les parties malades. Comme cette gouttière demande peut-être moins de surveillance et qu'elle est moins susceptible de se déranger, nous la préférons encore à notre appareil toutes les fois que les malades seront dans des conditions de fortune à pouvoir en faire les frais. Mais, dans les hôpitaux et chez les classes peu fortunées, nous pouvons lui substituer le nôtre, sans rien perdre du bénéfice de l'immobilisation. Quel que soit l'appareil mis en usage, celui de Bonnet, de Lyon, ou le nôtre, il faut l'appliquer le plus tôt possible dès le début de la maladie; il faut le garder très-longtemps et ne laisser marcher les malades qu'après plusieurs mois de traitement, un an et même plus. De temps en temps, on peut essayer de laisser le malade couché un jour ou deux sans l'appareil, pour le faire reprendre dès le lendemain.

Avant de terminer ce qui est relatif au traitement local, disons un mot des abcès. Lorsqu'ils viennent faire saillie au dehors, faut-il les ouvrir ? Règle générale, nous ouvrons le plus tard possible, afin d'éviter l'épuisement qu'amène une longue suppuration. Lorsque nous nous décidons à ouvrir, nous avons recours tantôt à la ponction avec un gros trocart plat imaginé par M. Guérin, et à l'aspiration au moyen d'une seringue qui peut être vissée à la canule ; tantôt à la ponction simple ou à l'application d'un tube de drainage, suivant la méthode de M. Chassaignac. Quelquefois les collections purulentes vidées par le trocart ne se remplissent pas de nouveau. Le plus souvent, l'abcès se reproduit comme avant, ou bien la ponction devient le siége d'un trajet fistuleux. C'est alors que nous nous sommes bien trouvé des injections iodées, suivant les indications de notre confrère Boinet, (une partie de teinture d'iode pour deux parties d'eau).

Le drainage a, sur les sétons ordinaires, l'avantage de permettre les injections détersives dans le foyer purulent, en y adaptant la canule d'une seringue.

Enfin, si la luxation pathologique est un fait accompli et récent, il faudra chercher à réduire et à maintenir avec l'appareil. Dans le cas où la luxation serait ancienne, ou bien dans le cas où l'ankylose serait produite, il faudra respecter la lésion et s'abstenir de toutes tentatives, dans la crainte de provoquer une recrudescence des accidents en voie de s'éteindre. Il ne faut pas oublier que dans certaines coxalgies, la tête du fémur s'étant luxée, et n'ayant pas été maintenue par un appareil, il arrive qu'elle se porte du côté de la peau et tend à la perforer ; cette partie osseuse nécrosée fait fonction

de corps étranger et peut, avec avantage, être enlevée dans ces cas ; mon prédécesseur M. Baffos fit cette opération avec succès ; j'ai voulu la faire, les parents s'y sont opposés ; M. Follin, M. Dolbeau et d'autres avant eux l'ont faite avec succès : c'est une opération qui ne doit pas être rejetée dans certains cas.

Pour ce qui est du traitement général, nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons dit à propos des tumeurs blanches en général.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Le podophyllum et la podophylline ; étude sur les propriétés et sur l'action thérapeutique de ces substances.

Par M. le docteur VAN DEN CORPUT, médecin de l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles, etc.

Il en est de certains agents thérapeutiques comme de certaines idées : les meilleures ne sont pas toujours celles qui font le chemin le plus rapide.

L'apathie, la routine, l'horreur de certains esprits pour tout ce qui exige une étude nouvelle, s'opposent parfois à l'avénement des faits les plus utiles. Trop souvent encore des préventions hostiles soulèvent le haro de la critique, avant même qu'elle ait pris le temps d'un examen sérieux.

Il n'en faut pour preuve que la fameuse querelle qui jadis excita la verve atrabilaire de Guy-Patin à propos de l'antimoine, ce qui toutefois n'empêcha point cet agent héroïque de poursuivre ses bienfaits, aussi bien que le café condamné par l'esprit chagrin de Mme de Staël, au déclin de ses illusions.

Ce reproche d'injuste abandon, et peut-être d'ignorance dédaigneuse, pourrait naître à l'esprit à propos de certains produits très-actifs, dès longtemps éprouvés en Amérique, et depuis quelques années introduits en Angleterre, où ils sont, à l'heure qu'il est, l'objet d'un engouement véritable, tandis qu'ils demeurent à peine connus d'un petit nombre de praticiens dans le reste de l'Europe.

Quoiqu'ils aient aujourd'hui déjà reçu l'ample sanction de l'expérience et que plusieurs d'entre eux aient rendu des services éminents à l'art de guérir, les traités classiques de thérapeutique ou de matière médicale n'en ont fait jusqu'à ce jour que peu ou point mention.

A part un ouvrage important publié à New-York, par le docteur Grover Coe, traitant *in extenso* de ces produits, ainsi que des médicaments *concentrés*, ou principes actifs des plantes médicinales, actuellement si usités aux Etats-Unis, il n'existe sur ces substances que quelques notices très-incomplètes disséminées dans certains formulaires, tels que le Formulaire américain du docteur H. Green, traduit dernièrement par M. le docteur Noirot, et dans quelques revues ou journaux périodiques.

C'est en présence de ces lacunes, et instruit par les expérimentations personnelles auxquelles je me suis livré dans le but de vérifier l'action thérapeutique et physiologique des principaux de ces produits, que je crois utile de publier les renseignements pratiques qui vont suivre.

Laissant pour de prochaines notices, si des loisirs me le permettent, les études sur l'*actea* ou *cimicifuga racemosa*, usité aux Etats-Unis contre le rhumatisme et les affections nerveuses, sur le *geranium maculatum*, dont les propriétés astringentes sont recommandées avec tant d'enthousiasme par Wood, sur le *baptisia tinctoria*, le *sanguinaria canadensis*, le *leptandra virginica*, le *chimaphila umbellata*, le *cerasus virginiana*, le *xanthorriza apiifolia*, le *ptelea trifoliata*, l'*hydrastis canadensis* tant préconisé dans certaines affections glandulaires et cutanées, ainsi qu'une foule d'autres plantes journellement usitées dans l'Amérique du Nord, je me bornerai dans cet article à quelques données relatives à un végétal que les nombreux succès qu'il procure chaque jour aux médecins américains et anglais, signalent désormais comme un agent capable de rendre à la thérapeutique les plus sérieux services.

Je veux parler du *podophyllum peltatum* (*mandrake may-apple*), berbéridée voisine des renonculacées, très-commune aux Etats-Unis d'Amérique, où elle croît dans les lieux humides, sur le bord des ruisseaux, et dont la partie usitée est le rhizome.

Par ses propriétés, aussi bien que par ses caractères botaniques, cette plante établit une transition entre les renonculacées dont elle possède les vertus éméto-cathartiques, les papavéracées dont elle produit, à haute dose, les effets narcotiques et vénéneux, et les berbéridées dont elle a l'amertume et les propriétés toniques.

Usité de temps immémorial par les Indiens des Etats du Sud, qui s'en servent comme cathartique et helminthagogue, le podophyllum en raison même de ses propriétés énergiques, devint bientôt l'un des remèdes favoris des médecins américains. Cependant ce n'est

que lors de la première exposition de Londres qu'il fut importé par Bentley en Angleterre. Il fut à cette époque l'objet d'une étude pharmacologique spéciale de la part de Daniel Hanbury, et conquit peu après une vogue très-rapide comme remède eccoprotique, vogue qui semble ici reposer bien moins sur la prédilection un peu exagérée des Anglais pour la méthode évacuante, que sur l'efficacité réelle de ce médicament dans les engorgements du foie, si fréquents chez eux à la suite d'écarts habituels de régime ou d'un séjour prolongé dans un climat chaud et marécageux, tel que celui de certaines parties de l'Inde.

Aussi, les journaux de médecine anglais rapportent-ils, depuis deux ou trois années, un nombre considérable de cas dans lesquels l'administration du podophylle a été suivie des meilleurs résultats. Des observations multipliées témoignent des propriétés positives et parfois merveilleuses de cette substance, dont l'efficacité s'appuie aujourd'hui sur l'autorité des praticiens les plus éminents.

Considéré d'une manière générale, et en résumant les faits acquis touchant son mode d'action sur l'organisme, on peut établir que le podophylle est à la fois éméto-cathartique, cholagogue, altérant, emménagogue ou anthelmintique, suivant les doses et les conditions pathologiques dans lesquelles il est administré.

La racine de cette plante, la seule partie usitée, a été étudiée d'abord par R. Bentley, puis, comme je l'ai dit, par D. Hanbury, et décrite ensuite par Henkel, d'après un échantillon du jardin botanique de Tubingen.

On l'emploie sous forme de poudre, de teinture, ou d'extrait.

La poudre, d'une odeur vireuse, narcotique, d'une saveur amère prononcée, purge à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme, à la manière du jalap, quoique avec plus d'énergie. Les fruits ou baies possèdent une saveur acide et acerbe qui leur a fait donner le nom de *wild-lemons*, mais ils n'ont point jusqu'à présent reçu d'application thérapeutique.

Comme cathartique, le podophylle est préférable au jalap, toutes les fois qu'il existe une susceptibilité trop grande de l'intestin, ou lorsque des symptômes inflammatoires du côté de cet organe doivent faire craindre l'emploi d'un drastique.

Doses et mode d'action. — A faibles doses, c'est-à-dire de 10 à 30 centigrammes, la poudre de racine de podophylle a été employée par les médecins américains, comme sédative dans les bronchites et les hémoptysies qu'elle paraît calmer, moins sans doute par ses vertus narcotiques que par le travail révulsif qu'elle provoque du

côté des intestins. Continuée pendant longtemps à doses réfractées, elle agit comme altérant efficace dans les scrofules et dans la plupart des affections glandulaires torpides.

Administrée aux doses de 50 centigrammes à 1 gramme, suivant l'impressionnabilité des sujets, elle purge d'une manière certaine et avec une parfaite innocuité, même lorsque son usage est continué pendant un temps assez long, circonstance qui constitue l'un des principaux avantages de l'emploi de ce médicament. Les selles qu'il provoque sont de nature bilieuse. De même qu'un grand nombre de purgatifs cathartiques, le podophyllum, dans ces circonstances, exerce fréquemment aussi une action indirecte sur la menstruation, dont il excite ou augmente l'éruption.

A doses plus élevées, il agit d'une manière efficace sur l'expulsion des helminthes, mais il produit souvent alors des vomissements ou des coliques assez vives ; cependant ce dernier inconvénient peut être atténué par le mélange avec un stimulant, tel que le gingembre ou le cardamome, que les Anglais et les Anglo-Américains associent volontiers à la plupart de leurs médecines. Très-fréquemment encore les praticiens américains combinent l'extrait de podophylle soit avec le calomel, soit avec la gomme-gutte ou l'aloès, suivant qu'ils veulent diriger l'action purgative du médicament sur la portion supérieure du tube digestif ou sur le gros intestin.

La dose ordinaire de l'extrait est de 15 à 30 centigrammes.

Considéré relativement à sa composition, le rhizome du podophylle contient, outre les éléments constitutifs ordinaires, tels que cellulose, amidon et gomme, une matière résinoïde qui semble formée de deux résines distinctes, et un principe extractif amer. Ce dernier paraît être seul soluble dans les liquides de l'estomac, la matière résinoïde drastique ne s'émulsionnant que dans l'intestin grêle, à la faveur des sécrétions duodénales dont elle excite l'afflux.

MM. Hodgson et Lewis ont donné le nom de *podophylline* au principe résineux qu'ils ont extrait de la racine du podophylle, principe qui, d'après des expérimentations nombreuses, constitue réellement la partie active de ce médicament.

Préparation. — Suivant M. Cadbury, la podophylline se prépare en traitant, dans un appareil à déplacement, la racine de podophyllum séchée et grossièrement pulvérisée, par de l'alcool concentré, évaporant les liqueurs jusqu'à consistance sirupeuse et versant ensuite cette solution tiédie dans environ trois fois son volume d'eau froide. Le mélange se trouble par la précipitation de la résine, et le dépôt qui se forme est recueilli sur un filtre, lavé à

l'eau, puis séché à une température peu élevée. On obtient de la sorte une substance de nature résineuse à laquelle on a donné, quoique à tort, la dénomination réservée aux alcaloïdes. Cette substance, que le commerce américain livre sous la forme d'une poudre, légère, d'un jaune verdâtre, d'odeur vireuse, de saveur âcre et amère, est complétement soluble dans l'alcool et l'éther, l'eau la précipite de ces dissolutions. Les alcalis ne la dissolvent qu'en partie, en produisant une coloration verdâtre; soumise à l'action de la chaleur, elle fond d'abord, puis brûle en un charbon léger qui ne laisse qu'une trace de cendres.

Préparée suivant un autre mode qui consiste à évaporer dans un appareil distillatoire la teinture alcoolique de podophyllum préalablement décolorée par le charbon animal, puis à reprendre le résidu par la plus petite quantité possible d'alcool concentré, et à évaporer la solution sur des plaques de verre, la podophylline se présente sous l'aspect de minces écailles jaunâtres.

D'après M. Parrish, la racine de podophyllum fournit de 3 à 4 pour 100 de produit actif.

Relativement aux effets que le praticien est en droit d'attendre de l'emploi de ce médicament, il est bon qu'il sache que, sous la dénomination de podophylline, le commerce substitue quelquefois au principe actif d'un effet certain, comme l'a toujours été celui dont je me suis fourni pour mes expériences chez M. B. Keith, de New-York, un mélange variable du principe actif neutre de la plante, soit avec la poudre simple de la racine, soit avec des substances résineuses inertes. D'autres qualités, même, ne sont qu'un mélange de la racine pulvérisée et de sucre de lait.

Mode d'action et applications thérapeutiques de la podophylline. — Stahler a fait connaître les nombreuses applications que ce médicament a reçues en Amérique, et chaque jour les journaux anglais signalent de nouveaux succès obtenus par l'emploi de cette substance, que la vogue, comme toujours, tend peut-être à exalter outre mesure, en lui attribuant la guérison d'une foule de maladies.

D'après M. le docteur Bigelow, le podophyllum ou la podophylline est un agent médicamenteux puissant et sûr, qui mérite d'occuper l'un des premiers rangs dans la thérapeutique, car il tient lieu à la fois et du jalap, dont il possède à un degré supérieur les vertus cathartiques, et de la rhubarbe, dont il a, comme amer, les propriétés toniques.

La podophylline a pour effet principal d'amener des selles copieuses et en général fortement colorées.

A la dose moyenne de 5 à 10 centigrammes, cette substance provoque à la surface de la muqueuse gastro-intestinale, et principalement vers le duodénum, une irritation, ou, si l'on préfère, une contractilité qui, par contiguïté de conduits, détermine un afflux plus abondant des sécrétions du foie, du pancréas et des nombreux follicules qui tapissent l'intestin. Il en résulte un dégorgement des organes abdominaux et, par suite, une déplétion séreuse et une modification de la masse sanguine. L'expulsion des matières qui s'accumulent ainsi dans l'intestin, — peu importe qu'on les nomme humeurs ou excreta, — est accélérée par l'action péristaltique que sollicite leur présence, et l'éréthisme des nerfs qui se distribuent à la surface intestinale, se communiquant aux plexus ganglionnaires correspondants ainsi qu'au cordon spinal, il s'ensuit un retentissement dans l'économie tout entière.

A dose plus élevée, de 15 à 25 centigrammes, quelquefois même déjà à celle de 5 ou de 10, la podophylline agit comme éméto-cathartique énergique. Son action, qui a pour effet d'amener l'excrétion d'une grande quantité de bile, se manifeste dans ces cas par du malaise, des nausées et souvent par quelques tranchées.

C'est à ces doses aussi que la podophylline agit comme anthelmintique.

Cependant les vomissements et les coliques que cette substance détermine parfois, ne surviennent guère que plusieurs heures après son ingestion, circonstance qui semblerait indiquer que ces symptômes sont produits moins par l'action directe du médicament que par ses effets consécutifs, c'est-à-dire qu'ils résulteraient de l'innervation motrice provoquée dans l'intestin par l'afflux d'une surabondante quantité de fluide biliaire.

C'est, par conséquent, dans les diverses variétés de l'hépatomégalie, dans les engorgements hépatiques déterminés par une accumulation sécrétoire dans les canalicules de cette glande, aussi bien que dans l'ascite et même dans l'anasarque, que l'administration de ce remède est le plus souvent indiquée. Aussi, la podophylline trouve-t-elle une application fréquente et avantageuse dans l'état adipeux du foie, conséquence si commune de l'abus des alcooliques, dans l'hypertrophie de cet organe, résultant de l'infection paludéenne, de même que dans l'ictère simple et le catarrhe chronique avec boursouflement de la muqueuse des voies biliaires, toutes circonstances dans lesquelles l'activité fonctionnelle du foie se trouve ordinairement entravée. L'emploi de ce médicament offre *ici* l'avantage qu'il peut être continué pendant un temps fort long,

sans épuiser son action et sans déterminer ni fatigue du côté des forces vives de l'économie, ni trouble du côté des fonctions digestives qui semblent, au contraire, redoubler d'activité. De plus, tout en conservant ses vertus eccoprotiques et cholagogues, la podophylline cesse ordinairement, après deux ou trois jours, d'engendrer des coliques.

Cependant son usage prolongé, surtout lorsque la dose est insuffisante pour déterminer une action purgative, produit parfois un commencement de ptyalisme, par un effet semblable sur les glandes salivaires à celui que cette substance provoque sur les glandes duodénales ; mais cette action ne va jamais jusqu'à la stomatite ulcéreuse qui résulte de l'emploi du mercure.

Parfois aussi la podophylline, par son administration répétée, provoque une éruption pustuleuse du nez ou des paupières, et chez un jeune homme atteint d'ictère simple, à qui j'administrais la podophylline depuis plusieurs jours, j'ai vu se manifester une éruption eczémateuse artificielle des doigts et des orteils qui persista jusqu'à la fin du traitement.

Administrée isolément, cette substance n'exerce son action que d'une manière assez lente, puisque généralement elle exige pour se manifester un intervalle de six à douze heures. C'est pourquoi, lorsqu'il importe d'obtenir un effet purgatif plus prompt, il est bon de lui associer soit la crème de tartre, soit le jalap, soit le calomel suivant la coutume anglaise, ou préférablement encore la belladone, ainsi que l'ordonne M. le professeur Trousseau, qui, d'après un récent article de M. Blondeau, a obtenu d'excellents effets de la podophylline dans le traitement de la constipation.

Les Américains associent assez ordinairement à cette substance l'extrait de jusquiame, dont l'action relâchante se rapproche beaucoup, quant aux effets purgatifs, de celle de la belladone.

Depuis plusieurs mois que j'ai introduit dans ma pratique l'usage de la podophylline, cette préparation m'a constamment donné les meilleurs résultats, associée au savon médicinal, dans plusieurs cas d'ictère simple et de constipation opininâtre. Je me suis bien trouvé dans ces circonstances, tant pour éviter les coliques que pour favoriser l'action cathartique du remède, de la formule suivante :

Pr. Podophylline....................	20 centigrammes.
Savon médicinal.................	1 gramme.
Huile essentielle de fenouil ou de cannelle.....................	20 gouttes.

F. S. A. dix pilules à prendre à la dose de deux à quatre par jour.

Dans les constipations sèches avec inertie intestinale, que l'on observe si fréquemment chez les hypochondriaques, chez les hommes de cabinet et les méridionaux à constitution irritable et bilieuse, la podophylline exerce une action réellement merveilleuse. Dans ces cas, on voit bientôt les selles se régulariser, l'appétit renaître, les digestions redevenir faciles, le teint s'éclaircir et se ranimer, et le moral du malade nosomaniaque se relever en même temps que ses forces.

J'ai eu occasion, en outre, de faire l'application de la podophylline avec de très-prompts succès dans le traitement des constipations saturnines, qui s'accompagnent souvent d'un état subictérique auquel la plupart des pathologistes ont négligé de prêter attention. Voici quelle a été dans ces cas la prescription qui m'a le mieux réussi.

Pr. Podophylline.................... 30 centigrammes.
Extrait de noix vomique......... 50 centigrammes.
— de belladone............. 30 centigrammes.

F. S. A. dix pilules à prendre à la dose de deux à trois par jour.

Mais l'une des propriétés les plus précieuses de ce médicament, c'est le pouvoir remarquable qu'il semble posséder de favoriser l'expulsion des concrétions biliaires, propriété qui rendrait son intervention fort souvent efficace dans le traitement des coliques hépatiques.

A dose éméto-cathartique, c'est-à-dire de 15 à 25 centigrammes, la podophylline paraît en effet exercer sur la propulsion des concrétions biliaires une action toute spéciale, action déterminée sans doute, autant par l'influence nauséeuse ou l'innervation motrice imprimée par le médicament aux organes abdominaux, qu'au surcroît de sécrétion des glandes intestinales. Les médecins américains ont coutume, dans la lithiase biliaire, d'administrer vers le soir la podophylline à dose cathartique mélangée avec l'euphorbe ou le jalap, et de faire prendre au malade le lendemain matin ou aussitôt après que les nausées ont cessé, de 100 à 200 grammes d'huile d'olive. Plusieurs praticiens distingués des Etats-Unis affirment avoir réussi, par ce moyen, à provoquer rapidement et avec peu de douleurs l'expulsion d'un grand nombre de calculs hépatiques.

Je n'ai point, quant à moi, eu occasion, depuis que j'expérimente la podophylline, de rencontrer des coliques hépatiques calculeuses ; *mais*, le cas se présentant, voici quelle serait la prescription que je

conseillerais comme me paraissant le mieux répondre aux faits acquis touchant la lithiase biliaire.

Pr.	Podophylline................	10 à 20 centigrammes.
	Teinture éthérée de belladone.	1 à 2 grammes.
	Huile de ricin...............	40 grammes.

M.

A prendre en quatre fois, à quatre heures d'intervalle.

Il est superflu d'ajouter que la formule précédente, dosée pour un adulte, devrait nécessairement être modifiée dans ses proportions, suivant l'âge et le sexe du malade.

Dans quelques circonstances, et administrée aux doses de 5 milligrammes à 3 centigrammes, la podophylline agit comme altérant. Quelques praticiens américains la considèrent à ces doses comme exerçant des effets analogues à ceux produits par les préparations mercurielles et vont même jusqu'à préconiser cette substance dans le traitement des accidents syphilitiques, lorsque la médication hydrargyrique est restée sans effets. L'usage de la podophylline se trouve, d'après eux, indiqué dans la plupart des cas qui réclament le calomel ; mais elle offre sur celui-ci l'avantage de ne point atténuer les qualités du sang et de ne jamais provoquer de stomatites fâcheuses.

Comme altérant, la podophylline se prescrit simplement triturée avec du sucre au vingtième, et ce mélange est administré aux doses de 20 à 50 centigrammes par jour. Sous cette forme, elle peut être employée avec avantages dans les affections glandulaires, dans la syphilis, certains anasarques, la dysentérie, etc., tandis que, à dose purgative, son action se montre surtout efficace dans la constipation, dans les différentes formes de l'hypochondrie, dans les maladies dépendant d'un engorgement du foie, et dans tous les cas enfin où il importe d'obtenir un surcroît de sécrétion des glandes abdominales, sans affaiblir l'économie.

La podophylline offre, dans ces circonstances, le précieux avantage de joindre à une sûreté d'action, que l'on rencontre rarement dans les autres agents de cette espèce, une innocuité qui permet de continuer son usage pendant assez longtemps.

De l'exposé qui précède, ou plutôt des succès attribués à la podophylline par un grand nombre de praticiens étrangers et des faits rassemblés dans ma propre pratique, je crois pouvoir conclure avec le savant président de la Faculté de médecine de New-York, M. le docteur H. Green, que cette substance est réellement un agent thérapeutique d'une haute valeur, et que son usage ne pourra man-

quer de se généraliser aussitôt que ses propriétés seront plus universellement connues.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Du relâchement pathologique de la symphyse pubienne pendant la grossesse.

La note qui va suivre était destinée à compléter les articles si intéressants publiés dans le *Bulletin* dans les premiers mois de 1863. Des circonstances indifférentes à nos lecteurs en ont retardé la publication jusqu'à ce jour. Nous espérons que ce retard n'enlèvera rien de son intérêt à un sujet qui, par son importance même, ne cesse jamais d'être à l'ordre du jour pour les praticiens en général, et en particulier pour ceux qui s'occupent plus spécialement d'obstétrique.

On n'a pas oublié les observations publiées dans ce journal par MM. Debout, Courot, Moutard-Martin, montrant les excellents résultats fournis dans le relâchement des symphyses du bassin par les ceintures rigides, non plus que l'observation de M. le docteur Devilliers, démontrant péremptoirement que, dans les cas *récents*, la guérison peut être parfaitement obtenue par le repos seul, aidé de quelques topiques astringents. Enfin, tous nos lecteurs ont lu avec l'intérêt qu'il méritait et ont conservé le souvenir de l'article magistral dans lequel mon excellent maître et ami M. le professeur Stoltz (de Strasbourg) a exposé ses vues sur le sujet qui nous occupe, et a conclu également à la guérison possible de cette affection par le repos et l'emploi des eaux fortifiantes de Baden-Baden.

Le cas que je vais rapporter est une preuve nouvelle que le relâchement des symphyses ne présente, en général, de gravité que par son ancienneté, et qu'il est, par conséquent, d'une importance extrême de ne pas négliger les premiers symptômes qui peuvent vous décéler son existence. Il présente, de plus, une particularité qui mérite d'être signalée, c'est que, chez ma malade, le relâchement s'est manifesté dans les premiers mois de la grossesse, tandis que, en lisant la plupart des faits publiés par les auteurs, on serait tenté de croire que cet accident est l'apanage exclusif des dernières semaines de la grossesse, ou ne se développe même souvent qu'après l'accouchement.

Louis, dans les *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, rapporte un cas d'inflammation des symphyses pubiennes qui dé-

buta au second mois de la grossesse avec tous les signes du relâchement. C'est le seul fait à moi connu qui puisse, jusqu'à un certain point, être rapproché du suivant :

Observation. — Mme X***, âgée de vingt-quatre ans, de chétive constitution, mariée depuis quelques mois, devint enceinte dans le courant du mois d'octobre 1861. Les premières semaines se passèrent sans trop de malaises; les fonctions digestives se maintinrent bonnes.

Dans les derniers jours de décembre Mme X*** réclame nos soins pour une gêne très-grande qu'elle éprouve dès qu'elle abandonne la position horizontale, s'accompagnant d'une dysurie très-pénible et d'une constipation devenant chaque jour plus opiniâtre. Dès qu'elle descend de son lit, elle ressent des douleurs dans les cuisses et un *sentiment de déchirement* dans la région du pubis. Pendant quelques instants elle ne peut maintenir son équilibre; il lui semble (ce sont ses propres expressions) que ses membres inférieurs ne tiennent plus ensemble, qu'elle est disloquée. La marche est totalement impossible. J'examinai avec soin ma malade et constatai l'absence de développement du ventre, une sensibilité très-grande de la région pubienne, se réveillant lorsque la malade exécutait des mouvements avec les membres inférieurs, aussi bien que lorsque l'on comprimait la ceinture osseuse du bassin. La main, appliquée sur le pubis pendant qu'on fléchissait les membres inférieurs, faisait percevoir distinctement un mouvement d'abaissement du pubis du côté du membre fléchi. L'examen le plus minutieux ne me fit reconnaître aucun relâchement dans les ligaments sacro-iliaques.

Le toucher vaginal me montra une rétroversion prononcée de l'utérus. Le col était profondément caché sous le pubis et pouvait à peine être atteint avec l'extrémité du doigt. Le corps reposait sur la paroi postérieure du vagin et avait le volume d'un utérus gravide de plus de deux mois. Ainsi se trouvaient expliquées et la dysurie et la constipation par la compression exercée, d'une part, sur le col vésical par le col utérin; d'autre part, sur le rectum par le corps de la matrice.

Je ne m'arrêterai pas plus longtemps aux symptômes de la rétroversion utérine, cette observation devant figurer dans un travail spécial sur ce sujet. Je me bornerai ici à dire que l'utérus n'ayant pas encore acquis un volume qui l'empêchât de reprendre sa position vicieuse après son redressement forcé, je ne tentai pas celui-ci, mais me contentai d'ordonner à ma malade *le repos absolu*, tant à

cause du relâchement de la symphyse pubienne et de la sensibilité de cette articulation, qu'en vue d'obtenir le redressement graduel de l'utérus. Mais, au lieu de la laisser dans le décubius dorsal, comme je l'aurais fait sans la complication de rétroversion, *je la fis coucher sur le ventre.* Au bout de huit jours déjà, je constatai une amélioration notable dans le relâchement de la symphyse, tandis que je trouvai la matrice complétement redressée. Au bout de quinze jours, l'utérus avait acquis un volume tel, que la reproduction du déplacement me parut impossible; la symphyse pubienne avait repris de la fixité. Je fis alors porter à ma malade une ceinture *élastique* un peu résistante, emprisonnant *l'abdomen et tout le bassin,* et vis avec satisfaction que la marche était, sinon facile, du moins supportable. Depuis ce moment, les symptômes du relâchement ont été constamment en diminuant, et Mme X*** acheva sa grossesse sans encombre, tout en éprouvant facilement une douleur dans la région pubienne, lorsqu'elle faisait un mouvement brusque.

C'est le 24 juin 1862 que s'établit le travail de l'accouchement. Les premiers temps du travail marchèrent normalement, mais vers la fin, au moment où la tête de l'enfant s'engageait dans le détroit inférieur, les douleurs utérines firent défaut. Une application de forceps termina rapidement l'accouchement, et j'amenai un garçon très-fort, avec une tête très-volumineuse. Les suites de l'accouchement furent des plus heureuses, et, chose remarquable, il ne survint, ni pendant la puerpéralité ni depuis, aucun symptôme morbide du côté de la symphyse pubienne. Je ne crus cependant pas devoir maintenir mon accouchée au lit plus longtemps que de coutume.

L'année suivante, en juin 1863, Mme X*** accoucha pour la seconde fois et n'éprouva aucune rechute de son mal, ni pendant sa grossesse ni après son accouchement; mais, comme la première fois, il y eut, dans les premiers mois, rétroversion de l'utérus, qui ne nécessita encore que le *décubitus sur le ventre* pendant trois semaines environ.

Après ce second accouchement je m'assurai, par le toucher vaginal, que cette rétroversion utérine est chez Mme X*** *la position habituelle* de la matrice, ce qui confirmerait l'opinion émise par Smith, qui dit que « la cause la plus habituelle de la rétroversion pendant la grossesse ne réside ni dans la conformation du bassin, ni dans la plénitude de la vessie, mais dans ce fait qu'une matrice déjà rétroversée avant la grossesse conserve, durant les premiers mois de la grossesse, la tendance à se développer dans sa position

vicieuse, jusqu'à ce que la pression sur la vessie et le rectum soit telle que ces organes soient gênés dans leurs fonctions (*Wiener med. Wochensch.*, 1861, nos 38 et 39). »

Mais ces considérations ne se rattachent pas au sujet qui doit seul m'occuper ici, et après avoir signalé que l'observation qui précède est un beau cas de guérison de rétroversion d'un utérus gravide sans redressement forcé et par le seul fait d'une position convenable, je terminerai cette note en disant que ce qui précède me paraît démontrer que le relâchement des symphyses, et en particulier celui de la symphyse pubienne, peut guérir promptement pendant la grossesse; que, lorsqu'il est reconnu à temps, il guérit par le simple repos, et cela assez complétement pour ne pas reparaître après l'accouchement, alors même qu'on a dû employer le forceps. On sait qu'il est, au contraire, des cas où c'est à l'emploi de cet instrument qu'on a cru devoir rapporter le développement du relâchement des symphyses survenu pendant la puerpéralité.

Dr L. Gros.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Du soufre en nature contre les accidents saturnins. — M. Guibout avait récemment, dans son service à l'hôpital Saint-Louis, deux malades atteints de coliques de plomb. Après avoir vainement, ou sans succès très-marqué, employé la plupart des traitements habituellement mis en usage contre cette intoxication, en particulier le traitement de la Charité et la limonade sulfurique recommandée par M. Gendrin, sur la proposition de M. Lutz, pharmacien en chef de l'hôpital, il se borna à administrer à ses malades exclusivement du soufre en substance. Il débuta par prescrire à chacun 16 grammes de fleur de soufre par jour, à prendre dans du miel ou simplement délayé dans de l'eau.

Ce médicament a le double avantage de purger doucement, sans coliques et de neutraliser directement le plomb. Au bout de peu de jours, les accidents saturnins avaient disparu. Chez l'un des malades, on remarqua une légère coloration brunâtre de la peau du thorax, tous deux quittèrent l'hôpital parfaitement guéris. M. Guibout, en communiquant verbalement ces faits à la Société de médecine de Paris, a annoncé l'intention de continuer à expérimenter cette méthode si simple de traitement dans les diverses formes de l'intoxication saturnine. Nous tiendrons nos lecteurs au courant

de ces expériences, car malgré les nombreuses préparations sulfureuses qui entrent dans le traitement de l'intoxication saturnine, on n'a pas encore vu figurer le soufre en nature. — L'innocuité de la substance, son bon marché, son peu de saveur, en feraient un agent thérapeutique précieux, car les ouvriers pourraient en faire usage comme traitement préventif.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

De la contagion de la fièvre puerpérale par l'intermédiaire des accoucheurs. Parmi les questions qui sont discutées avec tant de soin et de talent au sein de l'Académie de médecine de Belgique, il en est une dont s'occupe actuellement la savante compagnie, et qui mérite de fixer plus particulièrement l'attention, tant à cause de son importance que de la solution qu'elle tend à recevoir : c'est la question de la contagion de la fièvre puerpérale.

Il n'y a plus de doute aujourd'hui dans la plupart des esprits autorisés sur la réalité du caractère contagieux de la fièvre puerpérale; mais tous les modes de contagion lui sont-ils attribuables? En d'autres termes, est-elle transmissible par toutes les voies de l'infection? Un grand nombre d'accoucheurs modernes les plus en renom et plusieurs médecins qui se sont particulièrement occupés de ce sujet, entre autres et surtout notre confrère M. J. Guérin, sont portés à l'admettre, et M. Hubert s'est efforcé de le prouver dans un remarquable rapport sur un travail de M. Grisar (de Hasselt), qui a de nouveau soulevé ces graves questions; la plus grave de toutes, sans contredit, est relative à la possibilité de la transmission par l'intermédiaire de l'accoucheur. M. Hubert n'hésite pas à la résoudre par l'affirmative. On connaît sur ce sujet l'opinion et le fait de M. le professeur Depaul; ceux que vient de produire M. Grisar méritent toute notre attention.

Le 2 décembre 1843, M. Grisar est appelé auprès d'une femme en travail d'acouchement depuis vingt-quatre heures. Il applique le forceps et amène un enfant mort.

Le lendemain, éclatent tous les symptômes de la fièvre puerpérale, et la malade succombe le deuxième jour. Du 2 décembre 1842 au 19 mars suivant, c'est-à-dire dans l'espace de trois mois et demi, sur 64 femmes accouchées par M. Grisar, 16 (1 sur 4) furent atteintes de fièvre puerpérale, et 11 (2 sur 3) en furent victimes. La maladie se déclarait régulièrement le deuxième jour et le troisième jour. Comme rien de semblable ne se produisait dans la clientèle de ses confrères, M. Grisar pensa qu'il était lui-même le véhicule contagieux de la maladie, et il prit dès lors toutes les précautions possibles. A partir du 19 mars 1843 jusqu'à la fin de 1862, pendant plus de vingt ans, il ne rencontra plus un seul cas de fièvre puerpérale. Mais le 5 décembre 1862, il eut à traiter, à la suite d'un accouchement laborieux, un nouveau cas de cette affection, lequel se termina par la mort au troisième jour. En sept semaines, sur 9 femmes accouchées par lui, 8 furent atteintes de la même maladie, et 4 succombèrent. Cette fois, comme la première, la maladie s'était montrée exclusivement dans sa clientèle, et M. Grisar avait pris toute espèce de précautions. Il se fit un devoir de renoncer momentanément à la pratique obstétricale, et, après un mois, il n'observa plus de fièvre puerpérale.

La portée de ces faits ne saurait être méconnue, et nous nous sommes fait un devoir de les signaler. Mais en raison même de leur extrême gravité au point de vue pratique, ils imposent, selon nous, une excessive réserve relativement à leur conclusion définitive. Il ne faut pas oublier que le mode de contagion de la fièvre puerpérale est *multiple*, et qu'il est souvent impossible de savoir celui par lequel elle se manifeste en réalité. Qui ne sait, par exemple, combien l'épidémicité miasmatique est bizarre et capricieuse

dans ses manifestations, frappant, comme la grêle, telles ou telles zones, et épargnant celles qui sont immédiatement contiguës et voisines. Ne serait-il pas possible dès lors que le terrain de la pratique d'un accoucheur se trouvât, par aventure, frappé exclusivement à celui des autres, sans qu'il y eût lieu pour cela d'accuser sa personne d'être le véhicule du fléau? Nous livrons à la méditation de nos confrères ces quelques réflexions puisées dans la profonde sollicitude que nous inspire un aussi grave problème. (*Acad. de médec. de Belgique.*)

Guérison par les lavements de tabac et les purgatifs énergiques d'un étranglement interne récidivé. Les avantages d'une thérapeutique active, bien légitimée d'ailleurs par le caractère et la gravité de la maladie, ne sauraient mieux être démontrés que par le fait suivant, communiqué à la Société de médecine de Poitiers par MM. les docteurs H. Gaillard et Albert :

G***, vingt-deux ans, écrivain dans un bureau, d'une bonne constitution habituelle, est pris le 17 octobre 1861 d'une colique violente. Le lendemain, il est en proie à des vomissements opiniâtres et éprouve une douleur continue avec exacerbations dans l'abdomen; il y a constipation depuis deux jours; le ventre est néanmoins normal, ainsi que le pouls. Prescription : calomel et scammonée, de chaque, 50 centigrammes; limonade gazeuse, cataplasmes laudanisés; 6 gouttes de laudanum sur un morceau de sucre, le soir, réitérées trois ou quatre fois. Le 19, même état, les coliques et les vomissements continuent : 40 grammes d'huile de ricin, le malade les vomit, ainsi que trois vers lombrics; il vomit également 4 grammes de semen-contra. Un lavement salé, administré le soir, n'amène pas de selles; lavement avec séné et sulfate de soude également sans résultat. Le 22, malgré l'application de douze sangsues disséminées sur le ventre, plusieurs bains, des onctions avec une pommade d'onguent napolitain, extrait de belladone et camphre; les douleurs, les vomissements, la constipation continuent; le pouls conserve sa fréquence à peu près normale. Le 23, vomissements fécaloïdes; lavement de tabac (4 grammes); huile de ricin, 30 grammes. Le 24, l'huile de ricin a été vomie avec des matières fécaloïdes; lavement de tabac; calomel, 50 centigrammes en huit prises. Le 25, même état, même prescription. Le 26, pouls serré, fréquent, face grippée, ventre ballonné, gargouillements énormes : 50 grammes de sulfate de magnésie dans un litre de bouillon aux herbes; point d'amélioration. Le 27, huile de croton, 4 gouttes dans une potion au jaune d'œuf. Le 28, plusieurs selles, cessation des vomissements : même potion. Le 29, selles abondantes pendant toute la journée d'hier, ventre souple, peu douloureux; potage. Le 31, le malade est très-bien.

Le 1er novembre, les coliques recommencent, le ventre se ballonne de nouveau. Le lendemain, vomissements fécaloïdes toute la matinée : potion avec 4 gouttes d'huile de croton; selles abondantes les jours suivants. Cependant les coliques ne cessent pas jusqu'au 9, époque à laquelle s'est produit encore un vomissement de bouillon non digéré : lavements laudanisés. Le 10, le malade va beaucoup mieux, il retourne chez ses parents à la campagne. Les coliques ont persisté pendant quelque temps, mais en s'affaiblissant. Maintenant, au bout d'un an, G*** est parfaitement guéri et a repris comme précédemment son travail de bureau.

Il y a peut être à regretter, dans le récit qui précède, quelques points de détail relatifs au diagnostic, bien que la réalité bien constatée des matières fécaloïdes ne permette guère de douter de la nature de l'affection. Il serait difficile aussi de faire la véritable part des divers moyens employés et des lavements de tabac en particulier; toutefois, la vertu évacuante souveraine de l'huile de croton, à laquelle on aurait dû peut-être recourir plus promptement, se montre ici de la façon la plus évidente. En somme, ce fait nous paraît être fort instructif, en raison surtout du succès qu'il consacre. (*Bullet. de la Soc. de médec. de Poitiers*, 1864.)

Deux cas de choléra guéris par les boissons alcooliques à haute dose. Si l'emploi des boissons alcooliques dans le traitement du choléra n'est pas chose nouvelle (c'est par l'usage du *punch* qu'on a débuté en 1832), son efficacité, dans certains cas, n'est pas, du moins, contestable; mais l'on ne saurait trop chercher à la justifier, en une maladie aussi redoutable. Les deux faits suivants, dus à la pratique de M. le doc-

teur Guillard (de Parthenay), nous ont paru, à cet égard, dignes de toute l'attention de nos lecteurs :

Le premier est relatif à une religieuse âgée de quarante ans, ayant présenté les symptômes suivants : visage profondément altéré ; cyanose des lèvres, et par moments des pieds et des mains ; peau complétement froide sur toute la surface du corps ; pouls petit et très-fréquent ; vomissements continus, garde-robes ressemblant, suivant la comparaison classique, à une décoction de riz ; crampes, sueurs froides, suppression des urines, sentiment d'oppression très-pénible, agitation continuelle. A ces signes, le choléra ne pouvant être méconnu, on prescrivit : un petit verre d'excellent rhum pur tous les quarts d'heure ; frictions énergiques avec une flanelle et des brosses sur tout le corps, principalement sur les points qui sont le siége des crampes ; sinapismes, etc. Dès le lendemain, la malade, qui s'est promptement habituée au rhum, est beaucoup mieux : la chaleur revient à la peau, les crampes sont atténuées, la cyanose a disparu, mais les autres symptômes continuent. Le rhum est continué, à la prière de la malade ; elle trouve qu'il calme les vomissements. Elle en a bu *une bouteille* en vingt-cinq heures ; l'usage du rhum pur est alors suspendu, on en verse seulement quelques gouttes dans de l'infusion de thé pour l'aromatiser. L'amélioration continue ; les urines ont reparu ; seuls les vomissements persistent ; cependant ils ont complétement cessé le deuxième jour, les boissons chaudes ayant été remplacées par la limonade gazeuse. Les jours suivants, le mieux progresse, la convalescence s'établit et marche régulièrement. Le rétablissement était complet au bout d'un mois.

Chez une seconde malade, femme de cinquante-trois ans, qui présenta les mêmes symptômes que la précédente, à part la cyanose, le rhum pur fut prescrit également, en même temps que l'on en mêlait une petite quantité à de l'infusion de thé. Une demi-bouteille de rhum fut absorbée par la malade dans la journée du 1er septembre ; la réaction s'établit presque immédiatement, et le rétablissement fut très-prompt. Ce second cas, à la vérité, était moins grave que le premier.

Quoi qu'il en soit, il n'est guère possible de mettre en doute la réalité de l'influence des boissons alcooliques, dans les cas qui précèdent, mais il ne serait peut-être pas juste de leur attribuer tout l'honneur du résultat obtenu ; les frictions énergiques sur lesquelles insiste avec beaucoup de raison M. le docteur H. Gaillard, en réclament certainement une bonne part, et il ne nous paraît pas que l'on ait suffisamment apprécié, en de pareilles circonstances, toute l'importance que peut avoir l'action de frictionner en elle-même : quel moyen est plus capable de raviver et rétablir à la surface cutanée la circulation languissante et, en quelque sorte, stagnante ? Dans le dernier fait que nous venons de résumer, les frictions ont eu une efficacité bien supérieure à la métallothérapie pour calmer les crampes. Enfin, il n'est pas indifférent d'ajouter que, malgré les doses énormes d'alcool absorbé, il ne s'est point manifesté le moindre signe d'ivresse. (*Bullet. de la Soc. de méd. de Poitiers*, 1864.)

De l'influence du rachitisme sur la production et la consolidation des fractures. S'il est vrai, et il est impossible de le nier, que le rachitisme ait une réelle influence sur la production des fractures qu'il favorise, en est-il de même de celle qui lui est assez généralement attribuée relativement à leur consolidation ? On a dit, en effet, et on répète volontiers que, dans un degré très-avancé du rachitisme, la réunion des fragments des os fracturés ne se réalise quelquefois pas. Le fait suivant semble donner un démenti à cette croyance ; et à supposer qu'il constitue une rare exception, il n'en mérite pas moins d'être connu et médité.

Le 28 octobre 1856, fut présenté à M. le docteur M. A. Braugier, médecin à Aulnoy, un petit enfant de quatre ans et quelques mois, offrant tous les signes d'un rachitisme avancé, courbure très-prononcée des fémurs, des tibias, et des os des membres supérieurs, etc... Il y a un an (à peine s'il marchait seul), cet enfant est tombé en voulant enjamber le seuil d'une porte, et s'est cassé la jambe droite ; dans le mois de juillet, il s'est fait une fracture du bras gauche ; enfin le 28 octobre, ayant grimpé derrière une chaise, il est tombé en entraînant celle-ci, et s'est fracturé le col du fémur. Tous les signes de cette fracture furent, en effet, faciles à constater : impossibilité de soulever le membre, raccourcissement de 1 centi-

mètre, rotation du pied en dehors, etc. Il n'y avait pas jusqu'à la crépitation qui ne fût très-manifeste, ce qui est rare, comme on sait, en cette fracture et chez un rachitique.

Les trois fractures furent traitées par l'appareil à planchettes mobiles de M. Gaillard (de Poitiers), en même temps que l'enfant était soumis à un traitement général et à un régime appropriés; or, et c'est le point que nous désirons faire particulièrement ressortir ici, la réunion osseuse s'est très-promptement faite dans tous ces cas: ainsi, pour la fracture de la jambe, l'appareil n'est resté que dix-huit jours; quinze pour celle du bras; vingt et un pour celle du col du fémur. L'observation de cet enfant a montré, en outre, que le col, beaucoup plus volumineux chez les rachitiques, se réduit facilement et finit par s'effacer complétement, si l'on arrive à modifier la constitution de l'individu par un traitement général. (*Bullet. de la Soc. de méd. de Poitiers*, 1864.)

Hernie étranglée; formation d'un abcès stercoral suivi d'un anus contre nature, guérison. Il est des maladies dont la terminaison heureuse est si rare, si exceptionnelle, même avec toutes les ressources de l'art, qu'il y a, en vérité, une certaine satisfaction à la constater, lorsque, par hasard, elle se produit; le fait suivant offrirait, à ce point de vue, un suffisant intérêt, s'il ne renfermait d'ailleurs d'autres enseignements dignes d'être relevés par la pratique:

Le nommé X***, couché au n° 10 de la salle Saint-Joseph (service de M. Guérineau, de Poitiers), portait depuis dix ans une hernie inguinale droite volumineuse, lorsque, le 6 janvier 1863, s'étant soumis, sans son bandage habituel, à une marche assez longue, sa hernie *s'étrangla* presque subitement. Il fut pris aussitôt de nausées et de douleurs très-violentes dans le ventre. Tous les efforts de taxis furent complétement infructueux, malgré un bain prolongé, l'administration d'une potion avec 40 grammes de sirop de belladone, et des frictions avec une pommade mercurielle et belladonée. La hernie volumineuse semblait surtout formée par l'épiploon, mais il devait y avoir, en outre, très-probablement, une anse intestinale pincée. Après l'application locale de 40 grammes d'éther, de nouvelles tentatives de réduction amenèrent la rentrée d'une partie de la hernie, car son volume diminua au moins de moitié; le malade éprouva un soulagement immédiat. Il ne paraissait donc plus rester dans le scrotum que de l'épiploon, qu'il fut impossible de réduire. Le malade n'éprouvait plus de douleur, allant bien à la selle et mangeait un quart de portion, lorsque le 18 janvier (onze jours après la réduction partielle de la hernie), le scrotum s'enflamma, devint œdémateux, et le siége d'un commencement de fluctuation. Bientôt l'abcès menaçant de s'ouvrir en un point, on n'hésite pas à y pratiquer une incision avec les précautions nécessaires, en vue de la présence possible d'une anse intestinale. Il s'écoula du pus mélangé à des quantités considérables de matières fécales, mais le scrotum ne renfermait point de portion d'intestin. Que s'était-il donc passé? L'explication la plus plausible paraît être la suivante: une perforation a dû se produire dans l'anse étranglée, laquelle est rentrée, tout en demeurant pincée par l'anneau constricteur; puis la portion pincée s'est sphacélée, et c'est alors que les matières stercorales se sont épanchées dans le scrotum.

Quoi qu'il en soit, au lieu des accidents nouveaux auxquels il était permis de s'attendre, le malade alla mieux; il n'y eut pas de vomissements, et les garde-robes continuèrent à s'effectuer. Le lendemain, une seconde ouverture se fit spontanément, à 2 centimètres au-dessus de la première. Les plaies furent pansées avec la charpie carbonifère et lotionnées avec l'eau chlorurée. L'écoulement des matières stercorales cessa peu à peu complétement; l'ouverture intestinale s'était donc fermée. Les ouvertures du scrotum ne tardèrent pas à se fermer aussi, et aujourd'hui le malade est non-seulement guéri de son anus artificiel, mais encore il semble l'être radicalement de sa hernie, car l'ouverture externe du canal inguinal est remplie, et comme fermée par un bouchon d'épiploon, lequel a pris là de solides adhérences, et ne permettra plus la sortie en ce point de l'intestin. (*Bullet. de la Soc. de méd. de Poitiers*, 1864.)

REVUE DES JOURNAUX.

Engorgement chronique de la langue; diagnostic; guérison par un traitement spécifique. Les affections syphilitiques de la langue sont loin d'être rares; mais elles revêtent d'ordinaire des formes qui les rendent assez faciles à reconnaître. Il n'en est pas tout à fait de même du gonflement chronique de cet organe, lié à la même cause générale; car cette forme est beaucoup moins commune et elle prête davantage à la confusion avec d'autres maladies. Dans ces sortes de cas, comme dans beaucoup, du reste, de lésions qui dépendent du vice syphilitique, c'est aux antécédents, c'est aux symptômes concomitants qu'il y a lieu de s'adresser pour arriver au diagnostic. Quand les antécédents ne sont pas demeurés inaperçus du malade ou quand ils sont avoués, comme dans le cas que nous résumons ci-dessous, ce diagnostic est sans difficulté; mais si l'investigation du passé ne dit rien, si l'interrogation des autres régions du corps ne donne aucune réponse, le médecin est embarrassé, et souvent alors, s'il y a doute, il sera indiqué (c'est là un point que bien des faits ont mis en lumière) d'instituer un traitement antisyphilitique comme moyen de diagnostic *à posteriori*.

Dans le cas qui nous suggère ces réflexions, que nous n'avons pas, on le pense bien, la prétention de rappeler à nos confrères, il s'agit d'un homme âgé de trente ans qui se présenta à l'hôpital de Norwich pour une tumeur de la langue. Cet organe était considérablement tuméfié et excessivement dur; ainsi que la chose a été notée, il n'était le siége d'aucune douleur; sa surface ne présentait pas d'ulcérations, mais des fissures profondes séparant de nombreuses nodosités de volume variable. La maladie remontait à cinq ans. En examinant cet individu, on reconnut chez lui la présence de tumeurs gommeuses à la partie supérieure du péroné droit et sur la clavicule droite; ces lésions portaient témoignage de la nature de l'altération dont la langue était affectée, et de plus le malade avouait avoir contracté la syphilis sept ans auparavant. Le résultat du traitement par les mercuriaux et l'iodure de potassium, joints à une alimentation tonique, fut une rapide guérison. (*Lancet*, décembre 1864.)

Application de l'insufflation de l'intestin à la réduction des hernies. Nous avons rapporté à plusieurs reprises des cas d'invagination intestinale dans lesquels l'emploi de l'insufflation avait triomphé de ce grave accident; et tout récemment, dans notre dernier numéro, on a pu lire un très-intéressant mémoire du docteur Greig, témoignant de l'efficacité de ce moyen, dont le mode d'action est facile à concevoir. Nous avons aujourd'hui à résumer pour nos lecteurs quelques faits qui, ce nous semble, donnent lieu d'en espérer des services semblables dans un autre genre de déplacement de l'intestin, les hernies étranglées.

Appelé en consultation auprès d'une femme atteinte d'étranglement herniaire datant de deux jours, M. Richard Griffin reconnut chez la malade une hernie crurale, contre laquelle on avait en vain et à plusieurs reprises essayé le taxis. La tumeur, du volume d'une noix, était devenue très-douloureuse; il y avait de la douleur également dans tout l'abdomen, des vomissements, absence complète de garde-robes. L'insufflation fut pratiquée à l'aide d'un simple soufflet de cheminée, et continuée pendant un quart d'heure, une assez grande quantité d'air s'échappant par l'orifice anal. Comme il n'en était résulté aucun effet utile, on se préparait à pratiquer la herniotomie, lorsque, une heure environ après l'insufflation, survint une selle abondante et tout symptôme d'étranglement disparut, la distension de l'intestin ayant fini par amener la réduction.

M. Griffin rapporte cinq autres cas où il a eu recours au même moyen mécanique. Dans trois de ces cas, le succès est venu répondre à son attente. Dans l'un, il s'agissait d'une femme âgée, affectée de hernie crurale, irréductible, dit l'auteur, et qui depuis trois ou quatre jours avait des vomissements stercoraux; à la suite de l'insufflation, le cours des matières se rétablit; mais la malade n'en succomba pas moins par le fait d'une diarrhée qu'on ne put maîtriser. Dans un troisième et un quatrième cas, des hernies inguinales, présentant les symptômes ordinaires de l'étranglement, furent réduites et les malades se rétablirent. Mais il n'en a pas été de même dans les deux autres exemples rapportés par le chirurgien anglais : chez l'un des malades

il fallut en venir à l'opération, grâce à laquelle la guérison fut obtenue; chez l'autre, la mort fut la terminaison de la maladie.

D'après ces faits, et en rapprochant les hernies de l'étranglement interne par invagination, rapprochement qui n'est pas illogique, on peut concevoir que dans des cas faciles à spécifier, ceux où les organes déplacés n'ont pas contracté d'adhérences qui les rendent irréductibles, l'insufflation soit susceptible de procurer la rentrée de l'intestin dans la cavité abdominale. Il serait donc indiqué de tenter ce moyen avant d'en venir à l'*ultima ratio* de la chirurgie. (*Brit. med. journ.* et *Dublin med. Press*, novembre 1864.)

Hydatides utérines dans trois gestations successives. Le cas suivant, rapporté par M. Osborn, prouve que la cause qui produit le développement d'hydatides est particulière à la femme chez laquelle elles se développent et non pas à l'homme avec lequel elle a eu des rapports.

Une fille de dix-sept ans offrit, à partir du commencement de 1862, tous les signes de la grossesse. Le 12 juin, sans qu'aucun accident physique, aucune impression morale trop vive l'eût frappée, elle fut prise d'hémorrhagie ; le travail s'établit, et elle expulsa une masse d'hydatides, puis une membrane, dans laquelle on reconnut la caduque détachée.

Redevenue enceinte à la suite de rapports avec le même homme, au printemps de 1863, sa prétendue grossesse se termina en juin, par le même accident que la première.

Ses parents supposant que la production des hydatides provenait du fait de cet homme, la décidèrent à l'abandonner. Elle en épousa un autre; et les règles ayant cessé de nouveau à la fin de décembre 1863, on la considéra comme enceinte; mais vers les derniers jours de février, l'hémorrhagie apparut; elle se reproduisit à intervalles de huit à dix jours, jusqu'au 14 mai, où le travail s'établit et se termina, comme les deux précédentes fois, par l'expulsion d'une masse d'hydatides accompagnée, le second jour, de larges morceaux de la caduque.

Après chacun de ces trois accidents, il y a eu sécrétion lactée. Il est même remarquable que l'apparition du lait dans les seins a été le premier signe d'après lequel cette fille eût pu, la première fois, se croire enceinte. (*The British medical journal*, octobre 1864.)

Ligature du tronc innominé faite avec succès. Il y a près d'un demi-siècle que Valentine Mott a pratiqué, pour la première fois, la ligature du tronc innominé; malgré plusieurs opérations successives, le patient succomba le vingt-sixième jour. Depuis lors cette ligature a été faite treize fois ; le résultat a été invariablement fatal. Tout récemment, le 15 mai de cette année, le docteur A. M. Smith, de la Nouvelle-Orléans, a lié le tronc innominé et l'artère carotide droite ; des hémorrhagies se produisirent à différents intervalles; le 8 juillet, l'artère vertébrale fut liée et elles ne reparurent plus. Depuis ce moment tout s'est bien passé ; le 9 août, la plaie était guérie, et l'opéré pouvait se promener. Valentine Mott, qui est aujourd'hui octogénaire, aura donc vu enfin réussir une opération qu'il a proposée, et dans laquelle il avait confiance. (*American med. Times* et *France médicale*, 9 nov. 1864.)

Sur les complications pathologiques du rhumatisme articulaire chronique. M. Cornil conclut de ses recherches faites principalement pendant son internat à la Salpêtrière :

1° Que les maladies du cœur, spécialement la péricardite aiguë ou chronique, peuvent se rencontrer dans le rhumatisme articulaire chronique, et que, si elles ont été méconnues jusqu'à présent, cela tient uniquement à la difficulté de leur diagnostic pendant la vie.

2° Que les maladies des organes excréteurs de l'urine, la cystite, la pyélo-néphrite et l'atrophie consécutive du parenchyme rénal, sont assez fréquentes dans le cours de cette maladie.

3° Que, dans certains cas, on peut trouver comme coïncidence une néphrite albumineuse chronique.

4° Que, du côté des voies digestives, survient presque toujours, à une période avancée de la maladie, une dyspepsie caractérisée par l'inappétence, les vomissements et la diarrhée.

5° Que ces diverses complications causent une cachexie particulière qui favorise la production des eschares gangréneuses et des suppurations

étendues avec décollement de la peau, accidents qui entraînent la mort des malades lorsqu'ils ont échappé aux causes de mort précédentes. (*Gazette médicale de Paris*, 1864, n°s 36, 38, 39.)

VARIÉTÉS.

Observation de hernie lombaire; moyen facile de contention.

Cette espèce de hernie, dite de J.-L. Petit, dont l'extrême rareté a fait omettre la description dans plusieurs traités classiques, peut ainsi être méconnue et donner lieu aux plus redoutables conséquences. Une erreur de ce genre a failli compromettre la vie d'un jeune homme de dix-huit ans, grand, fort, robuste, qui se présenta au docteur Basset, de Toulouse, au mois de février dernier, pour une tumeur de la région postérieure du flanc gauche. Le praticien de la localité, ancien interne des hôpitaux, la prenant pour un simple lipôme, en avait conseillé l'excision, en le rassurant sur la facilité et l'innocuité de l'opération, et, quoique n'en éprouvant ni gêne ni souffrance, ce garçon venait même pour en être débarrassé séance tenante, s'il y avait lieu.

Du volume d'une pomme ordinaire, cette tumeur n'a guère augmenté depuis l'âge de sept à huit ans où l'on s'en est aperçu. Elle est ovoïde, un peu aplatie, sans changement de couleur à la peau, indolente; à la palpation, elle est élastique, molle comme les lipômes, sans fluctuation, d'une mobilité très-bornée. Matité relative à la percussion, qui n'est pas celle des collections liquides.

D'après la constitution du sujet, l'origine, l'ancienneté de cette tumeur, autant que les signes physiques, un abcès par congestion étant éliminé, M. Basset porta mentalement le même diagnostic que son confrère. Mais, avant de procéder à l'opération, se rappelant la hernie de J.-L. Petit, il fit tousser son client et vit avec étonnement la tumeur augmenter de volume, par un mouvement d'expansion très-prononcé, à chaque secousse de toux. Plusieurs expériences semblables donnant le même résultat, il fit coucher le blessé à plat-ventre, et la réduction s'opéra assez facilement par le taxis; mais la contention cessant, le moindre effort, une secousse de toux, faisaient reparaître la tumeur. Ainsi, plus de doute, c'était bien une hernie, la hernie lombaire de J.-L. Petit.

Cet exemple montre les précautions dont le praticien doit s'entourer en pareil cas. Il fut facile, en effet, de reconnaître que ce jeune homme, malgré sa bonne constitution, était d'une famille de *hernieux*. Sa mère, son grand-père et sa grand'mère étaient atteints de hernies, et l'hérédité paraissait être ici l'unique cause. Une ceinture de gymnase a été le meilleur moyen d'y remédier. (*Bull. de la Soc. médicale de Toulouse* et *l'Union médicale*, n° 74.)

Le ministre secrétaire d'Etat au département de l'instruction publique :

Vu l'article 6 de la loi du 19 ventôse an XI et l'article 10 de l'arrêté du 20 prairial de la même année;

Vu les arrêtés des 22 octobre 1825, 26 août et 12 décembre 1834, 7 septembre 1842 et 4 novembre 1862;

Vu le rapport de M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris, en date du 7 novembre 1864, et l'avis de M. le recteur de l'Académie de Paris;

Le Conseil impérial de l'instruction publique entendu;

Arrête :

Art. 1er. A l'avenir, dans les trois Facultés de médecine de l'empire, la

partie du cinquième examen de doctorat relative aux accouchements comprendra une épreuve pratique de clinique obstétricale analogue à celles qui sont exigées pour la médecine et pour la chirurgie.

Parmi les sujets destinés à la composition écrite se trouveront comprises des questions relatives à l'art des accouchements.

ART. 2. M. le vice-recteur de l'Académie de Paris et MM. les recteurs des Académies de Montpellier et de Strasbourg sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 25 novembre 1864. V. DURUY.

Séance publique annuelle de l'Académie de médecine.

L'Académie de médecine a tenu, mardi 13 décembre, sa séance annuelle; l'assistance était, comme par le passé, nombreuse et choisie, car, en ce jour privilégié, un public exceptionnel et élégant, les dames, vient embellir l'enceinte de la grave et docte assemblée. Laissant libre, de même qu'il l'avait fait l'année dernière, le champ d'essai à son jeune émule et successeur désigné, M. F. Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel, a montré, par la manière dont il a rempli la tâche en apparence plus modeste qu'il s'est assignée, qu'il n'est pas de rôle inférieur pour qui sait l'élever. De son côté, M. J. Béclard, qui, en choisissant l'éloge d'un chirurgien illustre, Delpech, se mettait, pour ainsi dire, à l'épreuve des difficultés de contraste qu'il faut subir en ce genre, a pleinement triomphé de ses difficultés, et justifié par là de ses droits à la succession qui l'attend. Ces deux discours sont trop importants et trop remarquables pour que nous les déflorions par une analyse qui ne pourrait qu'être incomplète; nous donnerons, comme l'année dernière, en entier, le discours de M. F. Dubois. En attendant, nous consignons ci-après la liste des récompenses accordées cette année par l'Académie.

PRIX DE 1864.

Prix de l'Académie. — L'Académie avait proposé pour question : « Etudier d'après des faits cliniques les complications qui, dans le cours du rhumatisme aigu, peuvent survenir du côté des centres nerveux et de leurs enveloppes. » Ce prix était de la valeur de 1,000 francs. Quatre mémoires ont été envoyés au concours. L'Académie décerne un prix de 600 francs à M. le docteur Victor Desguin, médecin de bataillon de seconde classe au 5e régiment de ligne (belge), à Anvers, auteur du mémoire numéro 1, portant pour épigraphe : *Il ne faut jamais travailler daus le but de soutenir uue théorie, parce qu'alors l'esprit se prévient.* Elle accorde un encouragement de 400 francs à MM. Auguste Ollivier et à Louis Ranvier, auteurs du mémoire numéro 4, ayant pour épigraphe : *Numeranda et perpendenda.*

Prix fondé par M. le baron Portal. — La question proposée par l'Académie était la suivante : « Déterminer quel est l'état des nerfs dans les paralysies locales. » Ce prix était de la valeur de 1,000 francs. Il n'y a pas lieu à décerner ce prix, aucun mémoire n'ayant été envoyé à ce concours.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. — L'Académie avait proposé pour sujet de prix : « Faire l'histoire de l'ataxie locomotrice progressive. » Ce prix était de la valeur de 1,000 francs. Trois mémoires ont été soumis à l'examen de la commission. L'Académie décerne un prix de 600 francs à M. le docteur Paul Topinard, médecin à Paris, auteur du mémoire numéro 1,

ayant pour épigraphe : *Perpendendæ et numerandæ observationes*. Elle accorde : 1° Une récompense de 400 francs à M. le docteur Théodore Bach, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, auteur du mémoire numéro 2, portant pour épigraphe : *Le trépas vient tout guérir ; mais ne bougeons d'où nous sommes. — Plutôt souffrir que mourir ; c'est la devise des hommes*. 2° Une mention honorable à M. le docteur Marius Carre, médecin à Avignon (Vaucluse), auteur du mémoire numéro 3, ayant l'épigraphe suivante : *Observationes sunt vera fundamenta ex quibus in arte medica veritates elici possunt*.

Prix fondé par M. le baron Barbier. — Ce prix, qui est annuel, devait être décerné à celui qui aurait découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables jusqu'à présent, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. (extrait du testament). Des encouragements pouvaient être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus rapprochés. Ce prix était de la valeur de 4,000 francs. Sept ouvrages ou mémoires ont été envoyés pour le concours. Aucun de ces travaux n'a été jugé digne de récompense.

Prix fondé par M. le docteur Itard. — Ce prix, qui est triennal, devait être décerné à l'auteur du *meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée*. Ce prix était de la valeur de 3,000 francs. Treize ouvrages ont concouru. L'Académie décerne un prix de 2,000 francs à M. le docteur Davaine, médecin à Paris, pour son *Traité des entozoaires*, inscrit sous le numéro 1. Elle accorde : 1° Une récompense de 1,000 francs, à M. le docteur Bonnafont, médecin à Paris, pour son *Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille*, inscrit sous le numéro 11 ; 2° une première mention honorable à M. le docteur Robert de Latour, médecin à Paris, pour son ouvrage intitulé : *De la chaleur animale comme principe de l'inflammation et de l'emploi des enduits imperméables*, inscrit sous le numéro 13 ; 3° une deuxième mention honorable à M. Bonjean, pharmacien à Chambéry (Savoie), pour son *Traité théorique et pratique de l'ergot de seigle*, inscrit sous le numéro 6.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — La question mise au concours par l'Académie était ainsi conçue : « Des vomissements incoercibles pendant la grossesse. » Ce prix était de la valeur de 1,000 francs. Onze mémoires ont été envoyés à ce concours. L'Académie décerne le prix à M. le docteur Poreau (d'Ancenis), médecin à Doué-la-Fontaine (Maine-et-Loire), auteur du mémoire numéro 7, portant pour épigraphe : « Ce ne sont pas les livres, mais bien les observations cliniques, qui m'ont conduit aux considérations que je vais exposer. » Elle accorde une première mention honorable à M. le docteur G. Leuduger-Fortmorel, médecin à Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord), auteur du mémoire numéro 5 ; une deuxième mention honorable à M. le docteur Louis-Auguste Klée, médecin à Ribeauvillé (Haut-Rhin), auteur du mémoire numéro 9.

Prix fondé par M. Orfila. — Ce prix, qui ne peut être partagé, était de la valeur de 6,000 francs. L'Académie, pour se conformer aux prescriptions de M. Orfila, avait proposé pour la troisième fois la question relative aux champignons vénéneux. Quatre mémoires ont été adressés pour concourir. L'Académie décerne le prix à M. Boudier (Emile-Jean-Louis), pharmacien à Montmorency (Seine-et-Oise), auteur du mémoire numéro 2, portant pour épigraphe :

Les grands avantages qu'on en retire, et les nombreux accidents qu'ils peuvent occasionner, recommandent donc les champignons d'une manière particulière aux méditations des savants. Elle accorde : Une première mention honorable à M. le docteur O. Reveil, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, auteur du mémoire numéro 5 ; une deuxième mention honorable à M. le docteur Cordier (F.-S.), médecin à Paris, auteur du mémoire inscrit sous le numéro 4.

Prix fondé par M. le docteur Ernest Godard. — Ce prix, de la valeur de 1,000 francs, devait être accordé à l'auteur du meilleur travail sur la pathologie interne. Un seul mémoire a été adressé à l'Académie. Elle décerne le prix à son auteur, M. le docteur Victor Legros, médecin à Aubusson (Creuse).

Prix et médailles accordés à MM. les médecins-vaccinateurs pour le service de la vaccine en 1863. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder : 1° *Un prix de* 1,500 *francs partagé entre* : M. Catelan, médecin cantonal à Saint-Bonnet (Hautes-Alpes), auquel une médaille d'or a déjà été accordée l'année dernière, et sur lequel M. le préfet continue à appeler la bienveillance de l'administration. Ce médecin, qui dans l'espace de sept années avait déjà pratiqué 7,354 vaccinations, en a opéré 1,055 en 1863. Il nous a, en outre, fait parvenir un rapport dans lequel sont consignés avec soin tous les détails intéressants qui lui ont été fournis par une pratique aussi étendue. — M. Ricard, docteur en médecine à Angoulême (Charente), qui continue à tenir le premier rang parmi les principaux vaccinateurs de son département, et que M. le préfet se plaît à signaler comme rendant de véritables services à la classe ouvrière par son activité et son dévouement. Depuis neuf ans, il a pratiqué plus de 5,000 vaccinations, et il a déjà obtenu des médailles d'or et d'argent. M. Ricard ne se contente pas de propager la vaccine ; dans des notes ou des mémoires intéressants, il a plusieurs fois prouvé qu'il ne restait pas étranger aux questions scientifiques. — M. Lalagade, docteur en médecine à Alby (Tarn), que l'Académie a distingué depuis un très-grand nombre d'années comme un des vaccinateurs les plus dévoués à la propagation de la vaccine. Ce médecin encourage par son exemple les vaccinateurs de son département ; c'est à lui qu'on s'adresse souvent des départements voisins quand le vaccin y fait défaut ; il a pris part à presque toutes les questions importantes récemment discutées à propos de la découverte de Jenner. Son zèle persévérant a déjà été récompensé par des médailles d'or et d'argent.

2° *Des médailles d'or* : A M. Verdier, docteur en médecine à Grenoble (Isère), qui pratique chaque année un nombre considérable de vaccinations (celui de 1863 est de 1,065). Ses opérations s'étendent à 25 communes, la plupart d'un accès difficile. M. le préfet, qui le recommande d'une façon toute particulière, fait remarquer que les tournées de ce médecin se répètent plusieurs fois chaque année, et qu'il est impossible d'apporter dans un service, qui lui est évidemment onéreux, plus de dévouement. Il a déjà reçu plusieurs médailles d'argent. — A M. Lalande, officier de santé à Périgueux (Dordogne), qui est l'objet d'une mention spéciale de M. le préfet et du directeur de la vaccine du département. Depuis près de quarante ans et sans interruption, ce praticien se fait remarquer par son zèle et son activité. Depuis plusieurs années déjà, l'autorité locale appelle sur lui la bienveillance de M. le ministre. L'Académie est heureuse de lui transmettre ces vœux qui lui paraissent

légitimes. — A M. Lallour, docteur en médecine à Quimper (Finistère), qui se livre à la propagation de la vaccine sur une vaste échelle, et dont les opérations, pour la seule année 1863, se sont élevées au chiffre considérable de 2,730. L'Académie a déjà eu occasion de signaler son zèle, qui mérite certainement un nouvel encouragement. — A Mlle Moulin, sage-femme à Serverette (Lozère), dont M. le préfet vante le zèle et les services, dont le chiffre des vaccinations s'élève chaque année, et qui, en 1863, en a pratiqué 941. Elle a déjà été honorée l'année dernière d'une médaille d'argent.

Cent médailles d'argent sont, en outre, décernées aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns, pour le grand nombre des vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres, par des observations et des mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie.

Médailles accordées à MM. les médecins des épidémies. — L'Académie a proposé et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder pour le service des épidémies en 1863 : 1° Une médaille d'or à : M. le docteur Le Cadre (du Havre), pour trente-deux ans d'excellents services et pour les nombreux rapports qu'il a adressés à l'Académie sur les épidémies de l'arrondissement du Havre (Seine-Inférieure). — 2° Des médailles d'argent à : M. le docteur Benoist (de Guingamp), pour son rapport sur les épidémies observées dans l'arrondissement de Guingamp (Côtes-du-Nord). M. le docteur Carassus (de Milly), pour son rapport sur le choléra infantilis de Milly (Seine-et-Oise). M. le docteur Couzinier, de Dourgne (Tarn), pour son très-remarquable mémoire sur l'épidémie de variole qui a régné dans la ville d'Aramont, arrondissement de Nîmes. M. le docteur Dusoul (de Melle), pour sa relation d'une épidémie de fièvre typhoïde qui s'est produite dans plusieurs communes de l'arrondissement de Melle (Deux-Sèvres). M. le docteur Martin Duclaux (de Villefranche), pour son mémoire sur la pellagre de Villefranche (Haute-Garonne). M. le docteur Mialet (de Gourdon), pour son rapport sur l'épidémie de variole de Carducet, arrondissement de Gourdon (Lot). L'auteur y a joint un cahier de notes personnelles recueillies avec un grand soin sur chacun des sujets atteints. M. le docteur Palanchon (de Cuisery), pour son rapport sur l'épidémie d'angine diphtéritique de Loisy, arrondissement de Louhans (Saône-et-Loire). M. le docteur Reverchon (de Nogent), pour son rapport sur l'épidémie d'angine diphthéritique et de croup qui a régné dans la ville de Nogent-le Roi (Haute-Marne). M. le docteur Vicherat (de Nemours), pour son rapport sur une épidémie de coqueluche observée dans le canton de Nemours, arrondissement de Fontainebleau (Seine-et-Marne). — 3° Des médailles de bronze à : M. le docteur Bogros (de Château-Chinon), pour son rapport sur la fièvre typhoïde qui a sévi à Château-Chinon, à Arleuf et à Dun (Nièvre). M. le docteur Bouchet, médecin des épidémies à Lyon, pour ses rapports sur une épidémie de fièvre muqueuse qui a régné dans la ville de Lyon (Rhône), et sur la contagion de la teigne observée dans les asiles et les orphelinats de la même ville. M. le docteur Le Cœur (de Caen), pour sa relation d'une épidémie de rougeole qui a régné à Caen (Calvados) et dans les environs. M. le docteur Pasturel (de Saint-Sernin), pour son histoire d'une stomatite pseudo-membraneuse qui a régné dans les cantons d'Alban, de la Canne, de Villefranche (Tarn) et dans ceux de Belmont et Sain-Sernin (Aveyron). M. le docteur Rebory (de Digne), pour son rapport sur le service médical gratuit dans le département des Basses-Alpes. — 4° Rappels de médailles d'argent à : M. le docteur Bordes (de Beauvais), pour son rapport sur l'épidémie de rougeole et l'épidémie de suette

de la commune de Lihus, arrondissement de Beauvais (Oise), troisième rappel de médaille. M. le docteur Dumonchaux (de Saint-Quentin), pour son rapport sur l'épidémie d'érysipèle de la face et du cuir chevelu de Fresnoy-le-Grand, et pour un second rapport sur l'épidémie de scarlatine de Châtillon-sur-Oise, arrondissement de Saint-Quentin (Aisne), deuxième rappel de médaille. M. le docteur John La Caze (de Montauban), pour son rapport sur les maladies épidémiques observées dans l'arrondissement de Montauban (Tarn-et-Garonne). M. le docteur Masse, d'Oran (Algérie), pour son mémoire sur la non-identité de la fièvre typhoïde et du typhus; *travail complémentaire* d'une étude soumise par l'auteur à l'Académie, dans la séance du 26 mai 1857. M. le docteur Prosper Millon (de Revel), pour deux dissertations très-intéressantes sur l'épidémie de rougeole qui a régné en 1855 et 1863 à Revel, arrondissement de Villefranche (Haute-Garonne). L'auteur y a annexé un cahier de planches coloriées, reproduisant l'aspect de l'exanthème aux diverses phases de son évolution et dans ses différentes variétés. — 5° Rappels de médailles de bronze à : M. le docteur Mignot (de Gannat), pour son rapport sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Gannat (Allier). M. le docteur Meilheurat (de la Palisse), pour son rapport sur les épidémies de l'arrondissement de la Palisse (Allier). — 6° Mentions honorables à : M. le docteur Braye (de Tarascon), pour son rapport final sur les épidémies observées dans l'arrondissement d'Arles (Bouches-du-Rhône). M. le docteur Bergne (d'Agen), pour son rapport sur l'épidémie de rougeole qui a éclaté en janvier 1863, et s'est généralisée dans l'arrondissement d'Agen (Lot-et-Garonne). M. le docteur Poussié (de Marvéjols), pour son rapport sur l'état sanitaire de Marvéjols (Lozère). M. le docteur Scellé-Montdezert, pour son rapport au conseil d'hygiène de Saint-Lô (Manche), sur l'état sanitaire de Carrentan, et sur les moyens de remédier à l'insalubrité de la contrée. M. le docteur Le Maire (de Cosne), pour son rapport sur une épidémie de variole qu'il a traitée avec le plus grand zèle dans l'arrondissement de Cosne (Nièvre).

Médailles accordées à MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales. — L'Académie a proposé et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder pour le service des eaux minérales en 1862 : 1° Médailles d'argent à : Feu M. Allard, de son vivant médecin-inspecteur des eaux de Royat (Puy-de-Dôme), pour son précis sur les eaux thermales de Royat et pour un rapport très-remarquable sur ces mêmes eaux. M. Artigues, médecin principal de première classe, à l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales), pour un mémoire remarquable sur le rôle des eaux thermales, et particulièrement celles d'Amélie, dans le traitement de la goutte. M. Verjon, médecin en chef des salles militaires à l'hôpital de Plombières (Vosges), pour un mémoire des plus intéressants sur les thermes de Plombières. M. Vidal, médecin-inspecteur des eaux d'Aix-les-Bains (Savoie), pour son nouveau et intéressant travail sur l'action des eaux d'Aix agissant comme pierre de touche de la syphilis. M. Chabannes, médecin-inspecteur des eaux de Vals (Ardèche), pour un rapport très-détaillé et la première partie d'un traité complet sur les eaux de Vals. M. Brochard, docteur en médecine, à la Tremblade (Charente-Inférieure), pour son ouvrage sur les bains de mer chez les enfants, fruit de l'expérience d'un habile observateur. — 2° Rappel de médailles d'argent à : M. F. Payen, médecin-inspecteur des eaux de Saint-Gervais (Haute-Savoie), pour son rapport sur ces eaux, qu'on peut offrir comme un modèle à suivre. M. Chapelain, médecin-inspecteur des eaux de Luxeuil (Haute-

Saône), pour son rapport riche de cent observations détaillées et se terminant par un excellent résumé. M. Caillat, aujourd'hui médecin-inspecteur des eaux de Contrexeville (Vosges), pour ses études très-originales sur la poussée consécutive des eaux de Bourbon-l'Archambault. M. Camille de Laurès, inspecteur des eaux de Néris (Allier), pour son mémoire sur le traitement de certaines altérations du col utérin par les injections prolongées avec l'eau minérale de Néris. M. Herpin (de Metz), pour son important ouvrage, fruit de longues études, sur les propriétés physiologiques et les applications thérapeutiques de l'acide carbonique. — 3° Médailles de bronze à : M. le docteur Collin, ancien médecin militaire attaché à l'établissement thermal de Guagno (Corse), aujourd'hui inspecteur des eaux de Saint-Honoré (Nièvre), pour un travail considérable sur le service médical de cet établissement. M. Raoul Deslonchamps, médecin militaire des thermes d'Hammam-Meskoutin (Algérie), pour un travail étendu et consciencieux, avec d'excellentes observations sur les effets consécutifs de ces eaux, M. Bories, pharmacien de deuxième classe de la marine impériale, pour un mémoire intéressant sur les eaux minérales de l'île de la Réunion. — 4° Mentions honorables à : M. Arrat-Balous, médecin-inspecteur des eaux d'Eugénie-les-Bains (Landes), pour son rapport étendu, renfermant des faits intéressants, surtout en ce qui se rapporte à l'action de ces eaux dans la pellagre. M. Bignon, médecin-inspecteur des eaux de Bagnols (Orne), pour un mémoire sur ces eaux, qui sera consulté avec fruit. M. Rigaud, docteur en médecine à Dinan (Côtes-du-Nord), pour ses études de topographie et statistique médicales de Dinan et ses eaux minérales. M. Tillot, médecin-inspecteur des eaux de Saint-Christau (Basses-Pyrénées), pour un bon rapport et un travail important sur l'action des eaux ferro-cuivreuses de Saint-Christau dans quelques affections cutanées. M. Bourgeois, médecin à Pierrefonds (Oise), pour un mémoire sur le traitement des affections du poumon par l'inhalation des poussières sulfureuses.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1865.

Prix de l'Académie. — L'Académie propose la question suivante : « Des paralysies traumatiques. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — L'Académie met au concours cette question : « Existe-t-il des caractères anatomiques spécifiques du cancer, et quels sont ces caractères ? » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. — La question proposée par l'Académie est celle-ci : « Des rapports de la paralysie générale et de la folie. » Les concurrents auront surtout à décider si la paralysie générale est une maladie primitive débutant d'emblée chez des sujets jusque-là sains d'esprit, ou bien, au contraire, si elle survient souvent comme complication dans le cours de la folie simple. Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — L'Académie propose la question suivante : « Du pouls dans l'état puerpéral. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Barbier. — (Voir plus haut les conditions du concours.) Ce prix sera de la valeur de 8,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Amussat. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. Ne seront point admis à ce concours les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense,

soit à l'un des concours ouverts à l'Académie impériale de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut. Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Ernest Godard. — Ce prix sera accordé au meilleur mémoire sur la pathologie externe. Il sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1866.

Prix de l'Académie. — L'Académie propose pour question de prix : « De l'érysipèle épidémique. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — L'Académie met au concours cette question : « Faire l'anatomie pathologique des nerfs dans les principales affections viscérales. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. — L'Académie propose la question suivante : « De la migraine. — Etudier les causes de cette affection, ses phénomènes essentiels, ses rapports avec d'autres maladies et ses conséquences finales ; — s'efforcer d'en déterminer le siége et la nature, soit par des investigations propres, soit par les autopsies consignées dans la science ; — insister particulièrement sur un traitement rationnel. » Ce prix sera de la valeur de 800 francs.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — L'Académie propose pour sujet de prix : « Du frisson dans l'état puerpéral. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Barbier. — (Voir plus haut les conditions du concours.) Ce prix sera de la valeur de 4,000 francs.

Prix fondé par M. Orfila. — L'Académie propose la question suivante : « De la digitaline et de la digitale. — Isoler la digitaline ; — rechercher quels sont les caractères chimiques qui, dans les expertises médico-légales, peuvent servir à démontrer l'existence de la digitaline et celle de la digitale ? Quelles sont les altérations pathologiques que ces substances peuvent laisser à leur suite dans les cas d'empoisonnement ? » « Quels sont les symptômes auxquels elles peuvent donner lieu ? » « *Jusqu'à quel point* et dans *quelle mesure* peut et doit être invoquée l'expérimentation sur les animaux des matières vomies, de celles trouvées dans l'économie, ou des produits de l'analyse, comme *indice* ou comme *preuve* de l'existence du poison et de l'empoisonnement ? » Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix fondé par M. Lefèvre. — La question posée par le testateur est celle-ci : « De la mélancolie. » Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix fondé par M. le docteur Ernest Godard. — Ce prix sera accordé au meilleur mémoire sur la pathologie interne. Il sera de la valeur de 1,000 francs.

Les mémoires pour les prix à décerner en 1865 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars de la même année. Ils devront être écrits en français ou en latin.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (Décision de l'Académie du 1er septembre 1838.)

Toutefois, les concurrents aux prix fondés par MM. Itard, d'Argenteuil, Barbier, Amussat et Godard sont exceptés de ces dispositions.

Le décret impérial qui autorise l'érection d'une statue à Laennec est promul-

gué, et la Commission de ce monument a dû se réunir mardi soir à l'Académie de médecine, à l'issue de la séance annuelle.

Au don de 500 francs fait par M. Ricord à la caisse des pensions viagères d'assistance, il convient d'ajouter les dons suivants : Par M. le docteur de La Corbière, 500 francs ; par M. le docteur Seux (de Marseille), 200 francs ; par M. le le docteur Martin (de Narbonne), 100 francs. — M. Larrey a remis en plus à M. Brun, trésorier de l'œuvre, une somme de 100 francs destinée aux pupilles de l'Association.

Par décret en date du 15 novembre 1864, la Société de biologie de Paris a été reconnue comme établissement d'utilité publique et autorisée à accepter, aux clauses et conditions indiquées, le legs d'une somme de 5,000 francs, à elle faite par le docteur Godard.

Par arrêté en date du 17 novembre 1864, il est institué près la Faculté de médecine de Montpellier un cours de clinique complémentaire des maladies syphilitiques et cutanées. MM. Boyer, professeur de pathologie chirurgicale, et Benoît, professeur d'anatomie, sont chargés de ce cours complémentaire et alterneront pour le compléter chaque année.

Une Commission a été formée au sein de la Société d'anthropologie, — récemment reconnue comme établissement d'utilité publique, — en vue d'éclairer les questions qui concernent l'acclimatement de l'homme. Cette Commission, composée de MM. Boudin, Bertillon, Pruner-Bey, d'Avezac, Martin de Moussy, Simonnet et Carlier, recevra avec reconnaissance les documents qui lui seront adressés au siége de la Société, rue de l'Abbaye, 3.

Le nombre des inscriptions du quatrième trimestre prises à l'Ecole préparatoire de médecine de Lyon est de 112, savoir : 79 élèves en médecine et 33 en pharmacie.

Le nombre des étudiants de la Faculté de médecine de Strasbourg se répartit ainsi qu'il suit à la date du 20 novembre 1864 : Elèves civils, 152 ; élèves militaires, 355 ; total : 507. (*Gazette médicale de Strasbourg.*)

Le nombre des élèves inscrits à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Bordeaux pour le premier trimestre de l'année scolaire 1864-1865, est de 125.

Le conseil général de la province d'Alger, considérant que la *construction d'un hôpital civil à Alger* est de première urgence, et qu'il convient de suppléer à l'insuffisance des ressources budgétaires, vient d'émettre l'avis à l'unanimité que, par application de la loi du 21 mai 1836, il y a lieu d'autoriser une loterie d'un chiffre assez élevé pour subvenir aux dépenses des bâtiments à construire.

Le professeur Gorini, de Turin, a montré publiquement de la viande qui, conservée par lui depuis huit mois, avait la dureté de la pierre, et qu'il a suffi d'exposer à l'air et au soleil pour qu'elle reprît l'aspect et le goût de viande fraîche.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Rapport général sur les prix décernés en 1864.

Lu à la séance publique annuelle de l'Académie par M. Fréd. Dubois (d'Amiens), Secrétaire perpétuel de l'Académie impériale de médecine.

Lorsque l'Académie se propose de distribuer des récompenses, elle n'a pas seulement en vue de rémunérer des travaux utiles, et d'exciter les auteurs à en composer de nouveaux; elle a la juste prétention d'exercer une influence qui puisse tourner au profit de la science; tout en rendant hommage au talent, elle cherche à le diriger, à lui indiquer les routes qu'il doit suivre; la science est pour elle comme un vaste édifice en voie de construction; elle montre aux travailleurs quelles sont les parties qui appellent leurs efforts, celles qui, élevées à la hâte, ont besoin d'être reprises jusque dans leurs fondements; mais pour cela, il faut que l'Académie ait la libre disposition de ses mouvements, que l'initiative lui soit réservée, qu'elle puisse enfin rédiger elle-même les programmes de ses prix.

Cette nécessité a été heureusement comprise par la plupart des fondateurs de prix; ils ont laissé à la compagnie le soin de déterminer quelles sont, dans la science, les lacunes qui doivent être remplies, et par conséquent les questions qui de préférence doivent être proposées; mais d'autres, bien qu'animés d'excellentes intentions, ont cru devoir formuler eux-mêmes le programme de leurs prix, et l'expérience a prouvé qu'en cela ils n'ont pas toujours eu la main heureuse.

Il en résulte que l'Académie en est à exprimer chaque année le regret de ne pouvoir récompenser plus dignement les nombreux travaux que ses programmes ont inspirés, tandis qu'elle cherche en vain quelque travail utile parmi ceux qui lui ont été envoyés, pour répondre aux intentions des fondateurs; de sorte que d'un côté elle se plaint de sa pénurie, et que de l'autre elle ne sait que faire de stériles richesses; toutefois, et malgré cet état de choses, l'Académie, cette année, a la satisfaction de pouvoir signaler bon nombre de travaux dignes de ses plus hautes récompenses; les commissions en ont fait connaître l'importance et le mérite. Je n'aurai donc ici qu'à rappeler sommairement les résultats de leurs délibérations; il y a plus : Messieurs les rapporteurs ayant fait tenir à l'Académie un langage digne d'elle, je reproduirai presque toujours leurs propres paroles, et pour n'avoir pas à y revenir, je rappellerai

que ces rapporteurs, consciencieux et toujours bienveillants, ont été : pour le prix de l'Académie, M. Briquet; pour le prix Civrieux, M. Barth; pour le prix Capuron, M. Blot; pour le prix Barbier, M. Bouvier; pour le prix Orfila, M. Gobley; pour le prix Itard, M. Gibert; et enfin, pour le prix Ernest Godard, M. Jolly.

L'Académie, agissant en son propre nom, avait proposé, pour 1864, un sujet de prix qui offrait un grand intérêt : il s'agissait de faire l'histoire d'accidents jusque-là à peu près méconnus, très-graves dans la plupart des cas, objet de surprise, d'incertitude et d'effroi pour les praticiens les plus expérimentés; je veux parler des complications qui, dans le cours du rhumatisme aigu, peuvent survenir du côté des centres nerveux; nos devanciers, en effet, n'avaient guère considéré l'affection rhumatismale que dans les systèmes musculaire ou fibreux, lorsqu'un de nos plus éminents collègues, M. Bouillaud, est venu nous révéler cette remarquable loi en vertu de laquelle on voit si souvent coïncider des lésions de l'organe central de la circulation avec ceux qui caractérisent l'affection rhumatismale, Une fois l'attention appelée sur ce point, on put constater que les plèvres, comme l'endocarde, pouvaient offrir ces complications, et c'est alors que furent recueillies les observations tendant à prouver que le même principe rhumatismal peut aussi envahir les enveloppes des centres nerveux; mais ces faits, encore incertains et isolés exigeaient de nouvelles recherches, il y avait à en relier les éléments épars, à en recueillir de nouveaux, bien authentiques et bien complets; c'est l'appel que l'Académie a fait aux observateurs en posant la question de la manière suivante :

« Étudier d'après des faits cliniques les complications qui, dans le cours du rhumatisme articulaire aigu, peuvent survenir du côté des centres nerveux et de leurs enveloppes. »

Cette question, on le voit, avait le mérite de l'opportunité et de l'à-propos, aussi le concours a pleinement répondu à l'attente de l'Académie; quatre mémoires lui ont été envoyés, et sur les quatre elle en a trouvé deux qui lui ont paru dignes de toute son attention.

Celui que l'Académie a placé en première ligne fait honneur à la médecine militaire; il a pour auteur M. le docteur Victor Desquin, médecin de seconde classe au 5e régiment d'infanterie de ligne belge, demeurant à Anvers. Le travail de M. Desquin est aussi complet qu'on pouvait l'espérer; il contient quatre-vingt-quatorze observations distribuées dans un cadre très-méthodique, en raison de leurs affinités; mais M. Desquin ne s'est pas borné à recueillir les faits, il en a déduit des considérations générales qui montrent

un esprit sage, étendu et judicieux; l'Académie trouve qu'il a pleinement répondu à son attente, en traçant ainsi une histoire complète des accidents qui peuvent survenir du côté des centres nerveux dans le cours du rhumatisme articulaire aigu, et elle lui décerne un prix de la valeur de 600 francs.

Nous devons dire maintenant que l'Académie n'a pas voulu laisser sans récompense le second mémoire. C'est celui qui est dû à MM. Auguste Ollivier et Louis Ranvier; l'Académie ne place pas ce travail au niveau du précédent; il n'a pas, comme le travail de M. Desquin, le cachet de la maturité et de l'expérience, qui groupe savamment les faits et en tire des conclusions rigoureuses, mais il est l'œuvre d'observateurs qui sont entrés dans une bonne voie et qui méritent d'être encouragés; aussi l'Académie leur accorde-t-elle, à titre d'encouragement, une somme de 400 francs.

Nous avons dit que, lorsque l'Académie est libre de formuler les questions de prix, elle s'attache presque toujours à appeler l'attention des observateurs sur des maladies encore peu connues et, par conséquent, mal définies; c'est ce qu'elle a fait cette fois, pour le concours du prix fondé par Mme de Civrieux.

On sait que, dans ces derniers temps, les médecins ont particulièrement étudié une affection à marche, tantôt lente et tantôt rapide, étrange dans ses manifestations, d'une terminaison presque toujours funeste, et que la plupart ont désignée sous le nom d'*ataxie locomotrice progressive*.

L'Académie a voulu être édifiée sur ce point; trois mémoires d'un mérite réel lui ont été envoyés, et tous les trois, bien qu'à des titres différents, ont fixé son attention.

Celui qui a dû être placé au premier rang est dû à un praticien de Paris, M. le docteur Paul Topinard; son travail est une véritable monographie, l'histoire de l'ataxie locomotrice s'y trouve exposée d'une manière complète, et l'Académie se plaît à reconnaître que, pour faire cette histoire, M. Paul Topinard a suivi une méthode essentiellement scientifique; il a pris pour base des observations, au nombre de 209, dont 41 inédites, ce qui lui a permis d'arriver à des conclusions rigoureuses; parmi ces conditions, il en est une d'une haute importance pour les hommes de science, car elle définit parfaitement l'affection, et lui assigne sa véritable place dans l'ordre pathologique; suivant l'auteur, le symptôme ataxie est tellement prédominant, dans la plupart des cas, qu'il constitue un état pathologique distinct, sans toutefois être une entité morbide; c'est une *espèce* qu'il classe dans le groupe des

affections comprises sous le nom de myélites chroniques. Sans approuver de tout point les idées de M. Topinard, l'Académie trouve que cet observateur a fait preuve d'un excellent esprit d'analyse, en soumettaut toutes les parties de la question au creuset de l'observation, que son travail pour le fond comme pour la forme est une œuvre exeellente, aussi n'a-t-elle pas hésité à lui décerner un prix de la valeur de 600 francs.

M. Topinard devait trouver près de lui des concurrents d'une valeur incontestable, et d'abord M. le docteur Bach, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, déjà couronné par l'Académie. L'Académie a reconnu dans M. le docteur Bach un praticien expérimenté, son travail est bien fait, on y trouve une bonne définition de l'ataxie locomotrice progressive, la partie historique y est traitée avec soin, l'étiologie, et surtout le traitement, y forment des chapitres excellents ; l'Académie regrette de ne pouvoir récompenser M. Bach plus dignement; elle ne l'admet pas au partage du prix, mais de même qu'il ne lui a pas été possible d'élever ce prix au delà d'une somme de 600 francs, elle se trouve forcée de limiter la récompense qu'elle lui accorde à la modeste somme de 400 francs.

Un troisième mémoire avait été adressé à l'Académie sur cette question de l'ataxie locomotrice progressive. Ce travail très-estimable a pour auteur M. Marius Carre, médecin à Avignon ; en admettant les faits déjà publiés, M. Carre y a joint quelques observations qui lui sont propres ; il en résulte un travail assez complet, mais l'auteur a négligé un point que l'Académie regarde comme essentiel, c'est-à-dire celui qui consiste à déterminer et à bien circonscrire l'ataxie locomotrice progressive comme *espèce morbide ;* là était le côté scientifique de la question, et M. Carre l'a un peu négligé, l'Académie le regrette et puisqu'elle en trouve ici l'occasion, elle se fait un devoir de le dire bien haut : les faits en pathologie sont la base sur laquelle on doit s'appuyer, mais il ne suffit pas de les avoir recueillis pour faire de la science, il faut les rapprocher, les comparer et en déduire, sinon des lois, du moins des conclusions ayant un caractère de généralité ; ajoutons, toutefois, que l'Académie a reconnu dans le travail de M. Carre l'œuvre d'un praticien distingué, et qu'elle le trouve digne d'une mention honorable.

M. Capuron a laissé à l'Académie la plus grande latitude : « Je donne et lègue à l'Académie, a-t-il dit, la somme de 1000 francs de rente, sur ma succession, pour la fondation perpétuelle d'un *prix dont* elle détermine elle-même le programme et les condi-

tions. » Tout en usant de cette désirable liberté, l'Académie se fait un devoir de proposer, chaque année, des questions qui toutes ont trait à l'art dans lequel a excellé M. Capuron, c'est-à-dire l'art des accouchements ; ainsi cette année, elle avait proposé pour question : *Des vomissements incoercibles pendant la grossesse ;* sujet intéressant, puisque onze concurrents ont envoyé des mémoires ; quelques-uns, il est vrai, ont été éliminés, mais bon nombre offraient des qualités qui les recommandaient à l'attention de l'Académie ; le travail le plus complet est celui qui a pour auteur M. le docteur Poreau (d'Ancenis) ; il est évidemment supérieur à tous les autres, pour le fond comme pour la forme ; les parties historique et bibliographique y sont parfaitement traitées ; une sage critique a présidé au choix des faits, un style clair et précis les expose méthodiquement ; M. Poreau n'a pas réuni moins de deux cents observations, qu'il a judicieusement classées.

Les chapitres réservés au diagnostic, au pronostic et au traitement ne sont pas moins dignes d'éloges ; certes, le problème de ce grave accident n'est pas résolu, mais on peut dire que M. le docteur Poreau a fait avancer la question, depuis qu'elle a été discutée dans cette enceinte ; aussi, et à raison de ces circonstances, l'Académie accorde le prix à M. le docteur Poreau.

Il est toutefois deux autres mémoires qui méritent d'être mentionnés honorablement : l'un a pour auteur M. Leuduger Fortmorel (de Saint-Brieuc), l'autre M. Louis-Auguste Klée.

Le mémoire de M. Leuduger Fortmorel est surtout remarquable par un exposé bien fait de l'état actuel de la science en ce qui concerne les vomissements incoercibles ; il brille par un style facile et agréable ; l'anatomie pathologique a paru traitée un peu brièvement ; les observations sont plutôt rappelées que données avec détail ; mais en résumé, si l'Académie n'a trouvé dans ce travail, d'ailleurs estimable, aucun élément nouveau, elle se plaît à reconnaître dans l'auteur un esprit sage et dans le classement des faits une heureuse disposition ; elle lui accorde donc une mention honorable. M. Klée n'a pu donner qu'un très-court historique de la question, mais il faut en accuser son éloignement de tout centre scientifique et les exigences d'une clientèle rurale. Son travail a paru cependant recommandable à plus d'un titre : M. Klée a judicieusement déduit de ses observations des données importantes sur les causes, la marche et le traitement de cet accident. L'Académie trouve donc que l'auteur doit être encouragé et elle lui accorde une seconde mention honorable.

Parmi les fondateurs de prix qui nous ont laissé toute liberté d'action, dans l'intérêt même de la science, il faut placer M. Itard; notre savant collègue n'était pas seulement un homme de beaucoup d'esprit, c'était un homme d'un grand sens; son programme en fait preuve; il y est dit que son prix devra être accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée; M. Itard s'est donc effacé complétement; il n'a eu en vue que les intérêts de la science et ceux de l'humanité; aussi ce concours est-il fécond: chaque année l'Académie reçoit des ouvrages importants, et tout son travail consiste à faire un choix judicieux; cette fois, treize ouvrages lui avaient été adressés. Nous ne dirons rien de ceux que l'on a cru devoir éliminer, bien que, parmi eux, il s'en trouve bon nombre qui offrent un véritable intérêt; mais l'Académie en a particulièrement distingué quatre, en tête desquels elle place le *Traité des Entozoaires et des Maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques*, ouvrage publié par M. le docteur Davaine. L'Académie n'hésite pas à déclarer que cet ouvrage forme le traité le plus complet et le plus savant qui ait été publié sur ce sujet; il est venu combler une grave lacune en histoire naturelle et en pathologie comparée. Jamais jusque-là on n'avait rapproché dans un même ouvrage les affections vermineuses de l'homme de celles des animaux domestiques; c'est ce que fait M. Davaine avec science et avec talent. L'Académie a été surtout frappée du grand nombre de faits tout nouveaux qui s'y trouvent exposés, et elle ne craint pas d'aller trop loin en disant que cette œuvre doit être placée au rang des plus remarquables de notre époque; l'Académie n'hésite donc pas à décerner à son auteur un prix de la valeur de 2,000 francs.

Un traité tout spécial est venu cependant prélever une part dans cette récompense et nous obliger ainsi à une concession d'ailleurs fort juste, qui n'en laisse pas moins le livre de M. Davaine au premier rang. L'auteur du traité dont nous voulons parler est M. le docteur Bonnafont, l'un des correspondants de l'Académie. Ce praticien se livre, depuis près de vingt ans, à l'étude des maladies de l'appareil auditif; le traité didactique qu'il a publié en 1860 est en quelque sorte une continuation, un complément de celui dont le fondateur du prix avait enrichi la science, et l'Académie en fera un éloge mérité, en disant qu'il est digne de figurer à côté de l'œuvre de M. Itard. Il rappelle donc et avec honneur le nom du fondateur du prix, et il a heureusement offert à l'Académie *l'occasion* de rendre hommage à sa mémoire, en accordant

à M. Bonnafont une somme de 1,000 francs à titre de récompense.

A une assez grande distance de ces deux ouvrages, mais en un lieu encore fort honorable, se touvent les travaux de MM. Robert de Latour et Bonjean ; M. Robert de Latour, partant de ce principe, que la chaleur animale est la source nécessaire de tout travail inflammatoire, et que le concours de l'air extérieur est indispensable pour le développement de ce travail, a pensé que pour l'arrêter, ou même pour le faire avorter, le moyen le plus sûr et le plus simple serait de soustraire les parties malades à l'action de l'air ; sans partager de tout point les idées de l'auteur, l'Académie a jugé ses expériences et ses observations dignes d'être mentionnées honorablement.

Enfin et tout en faisant ses réserves, l'Académie accorde également une mention au *Traité théorique et pratique de l'Ergot de seigle* de M. Bonjean, de Chambéry.

Le prix fondé par M. Orfila a été cette fois l'objet d'une compétition remarquable entre toutes; la question, il est vrai, était proposée pour la troisième fois, et les concurrents avaient eu plusieurs années pour en réunir et coordonner les matériaux; il s'agissait *des champignons vénéneux,* question formulée par M. Orfila lui-même, car cet illustre toxicologiste ne nous a laissé presque rien à faire; il a tout prévu, tout arrangé d'avance; les sections académiques où nous devons aller chercher des juges, les questions qui doivent être posées aux concurrents, comment le prix ne pourra jamais être partagé, comment les sommes à distribuer devront être reportées sur les années suivantes, pendant des périodes de six ans; et comment enfin l'Académie se trouverait dépossédée, si, après ces périodes, elle ne décernait le prix à un seul concurrent ; toutes conditions impérieuses et immuables à observer par l'Académie jusqu'en 1901. Hélas! où serons-nous alors, tous tant que nous sommes! Disons cependant que l'Académie actuelle, en attendant ce vingtième siècle, qui doit lui rendre toute sa liberté, s'est scrupuleusement conformée aux prescriptions de M. Orfila ; elle lui a emprunté le programme des champignons vénéneux ; et comme après deux années, aucun mémoire n'avait paru digne de récompense, l'Académie avait remis la même question au concours pour 1862 ; et comme cette fois encore, aucun des mémoires envoyés n'avait paru mériter le prix qui était de 4,000 francs ; force a été de remettre pour la troisième fois la même question au concours, en élevant la somme à 6,000 francs ; telle était cette fois

la position qui nous était faite. Heureusement, d'excellents mémoires ont été enfin soumis au jugement de l'Académie : ils étaient au nombre de quatre; tous, je le répète, excellents, bien qu'à des degrés différents. Celui que l'Académie a dû placer en première ligne lui a été envoyé par M. Boudier (Emile-Jean-Louis), pharmacien à Montmorency. Ce travail a d'abord le mérite de se conformer de tous points aux vues de M. Orfila; divisé en cinq parties, il répond aux cinq questions posées par le fondateur. Il est rédigé avec le plus grand soin, et il est impossible de mieux saisir l'esprit et le but du problème qui était à résoudre.

L'Académie, toutefois, n'approuve pas les termes par lesquels M. Boudier désigne certaines substances non suffisamment caractérisées, mais elle se plaît à reconnaître que son mémoire renferme des faits nouveaux, et qu'il est arrivé à prouver l'existence de deux principes vénéneux dans l'agaric bulbeux et la fausse oronge. M. Boudier a démontré, en outre, la possibilité de reconnaître par l'examen microscopique la nature du champignon ingéré, et il explique l'action de l'eau vinaigrée sur les champignons vénéneux.

C'est là ce qu'on peut presque appeler des découvertes; ainsi l'Académie se félicite de pouvoir décerner à M. Boudier le prix tant de fois ajourné.

L'Académie cependant croirait commettre une injustice, si elle ne signalait ici deux autres mémoires très-importants, celui de M. Reveil, agrégé à la Faculté de médecine, et de M. le docteur Cordier, de Paris.

M. Reveil a donné une grande étendue à ses recherches; peut-être même a-t-il été au delà de ce qu'on lui demandait : il a embrassé en effet, dans ses études, non-seulement les champignons vénéneux, mais aussi les champignons comestibles; il s'est, du reste, appuyé sur des observations nombreuses et très-intéressantes : la partie chimique est bien traitée, et si M. Reveil avait pénétré plus avant dans la voie qui lui avait été ouverte par MM. Borntrager et Kussmaul, il serait peut-être arrivé à des résultats qui auraient placé son mémoire en première ligne.

M. Cordier suit de bien près M. Reveil, il s'est montré excellent botaniste et habile physiologiste; son mémoire est parfaitement écrit; des dessins exécutés avec soin illustrent son travail; ses descriptions sont d'une grande exactitude, et les expériences qui le terminent offrent un grand intérêt.

Somme toute, l'Académie n'éprouve qu'un regret; mais ce re-

gret est très-vif, celui de ne pouvoir récompenser plus dignement MM. Reveil et Cordier. L'Académie, nous l'avons dit, est invinciblement liée par les termes du fondateur; des différences assez légères séparent les trois mémoires dont nous venons de parler, et cependant l'Académie doit, par le fait de ses récompenses, en établir de considérables entre les trois concurrents; puisqu'elle est tenue de décerner un prix de 6,000 francs à M. Boudier, et de n'accorder que de simples mentions honorables à MM. Reveil et Cordier; elle y joint l'expression de ses regrets et le témoignage de ses plus vives sympathies.

Le prix fondé par M. le baron Barbier a, dans son historique, quelque chose de particulier : sept fois déjà l'Académie s'est vue dans l'impossibilité de décerner ce prix; deux fois seulement elle a accordé de simples encouragements; ici encore, nous devons le dire, il faut s'en prendre aux conditions imposées par le fondateur: M. Barbier, en effet, ne demandait rien moins que des *moyens complets* de guérison pour des maladies réputées incurables; l'Académie, placée dans cette situation, a fait tout ce qui dépendait d'elle pour élargir du moins le cercle tracé en quelque sorte autour d'elle. Après avoir obtenu l'autorisation de pouvoir donner des récompenses à ceux qui, sans avoir atteint le but proposé par le testateur, s'en seraient le plus rapprochés, elle a décidé qu'elle ne s'en tiendrait pas pour cela à l'examen des travaux qui lui seraient soumis; qu'elle irait au-devant de toute découverte, dans le sens indiqué par M. Barbier; qu'elle sortirait même, s'il le fallait, de la France, pour récompenser le mérite partout où il se trouverait; et comme M. Barbier a dit *des moyens* de guérison, l'Académie a pensé que la chirurgie pourrait venir ici le disputer à la médecine; que tel procédé chirurgical, par exemple, employé pour arrêter les progrès d'une maladie incurable pourrait entrer en lice et emporter le prix; cette voie nouvelle ouverte par l'Académie aux praticiens paraît devoir être féconde, car déjà l'Académie a jeté les yeux sur des procédés ingénieux dus à des chirurgiens éminents, français et étrangers, procédés qui semblent tout à fait rentrer dans les *moyens* demandés par le testateur; et si elle n'a pu s'arrêter à aucun d'eux, ce n'est pas qu'elle les ait jugés indignes des palmes académiques; c'est qu'elle ne s'est pas trouvée suffisamment renseignée pour bien déterminer ce qui revient à chacun des inventeurs; si donc l'Académie a été encore obligée cette année de ne décerner ni prix, ni récompenses, pour le concours du prix Barbier, elle a le ferme espoir que l'année prochaine, munie de plus amples renseigne-

ments, elle possédera les éléments qui lui manquent pour asseoir son jugement.

Jusqu'à présent, je n'ai parlé que de vieux praticiens comme Capuron, Itard et Barbier, qui, arrivés au terme d'une longue et pénible carrière, ont prélevé sur leur succession une part plus ou moins considérable, dans le but de récompenser des travaux utiles; maintenant j'ai à vous entretenir d'un jeune savant, en sa fleur trop tôt moissonné, d'Ernest Godard, qui est venu se placer parmi eux; mais, il est impossible de parler du prix fondé par Godard sans éprouver comme un serrement de cœur; comment, en effet, ne pas se rappeler en quels lieux, et dans quelles touchantes circonstances, ce prix a été institué? En février 1861, Ernest Godard s'embarque à Marseille et se rend à Alexandrie d'Egypte, puis au Caire, d'où il remonte le Nil jusqu'à la seconde cataracte; il atteignit ensuite la capitale de la Nubie, mais au prix de quelles fatigues et de quelles souffrances! loin d'en être découragé, Ernest Godard, après avoir visité le port Saïd, Damiette et tout le littoral de la Méditerranée, où il trouve de nombreux sujets d'observations, déjà mortellement atteint par l'insalubrité du climat, mais toujours poussé par l'amour de la science, il va de Smyrne à Damas, puis à Jérusalem; et c'est là que doit se passer le dernier acte de cette lutte héroïque; sans secours aucun, a dit tout récemment un de ses jeunes amis (1), sans même un peu d'eau pour rafraîchir ses lèvres, Ernest Godard se préoccupe encore et avant tout de l'avenir de la science; quand tout l'accable, il a encore le courage de consigner ses dernières dispositions, et d'écrire à sa mère pour lui voiler sa triste situation et lui épargner d'amères douleurs. Infortuné jeune homme! c'était là que devait se terminer sa carrière; mais que son ombre se console, son nom vivra parmi nous; chaque année il retentira dans cette enceinte, nous le rappellerons avec bonheur et avec attendrissement! Ai-je besoin de dire que sa famille s'est généreusement associée à ses intentions, et aujourd'hui l'Académie est en mesure de les réaliser.

L'Académie avait à récompenser le meilleur mémoire sur la pathologie interne; un seul mémoire lui a été envoyé, il est dû à M. Victor Legros, d'Aubusson. Ce travail est considérable; on regrette de ne pas y trouver des idées neuves et originales; mais, par contre, M. Legros y fait preuve d'une vaste érudition. Son mémoire a exigé d'immenses recherches; il sera certainement consulté avec

(1) M. Duchaussoy. (Eloge de Godard.)

fruit par tous ceux qui voudront faire une étude approfondie des adénites, d'une manière générale; l'auteur a insisté et avec raison sur le traitement de ces affections, et ici il a fait preuve d'un excellent esprit pratique; on voit que son travail est tout à la fois le fruit de judicieuses recherches et d'études cliniques fort sérieuses.

Nous devons ajouter que l'auteur a su exposer les faits dans un ordre parfait, sous des formes qui ne manquent pas d'élégance, dans un langage choisi et dans un style clair et précis.

Heureuse de voir les intentions de Godard si bien comprises, l'Académie s'est empressée d'accorder à M. Victor Legros le prix du concours, comme une juste récompense due au mérite de son travail, et aussi comme un premier hommage rendu à la mémoire de son fondateur.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Coup d'œil sur les moyens les plus prompts et les plus inoffensifs pour extraire les corps étrangers du conduit auditif externe chez les enfants.

Par M. P. Guersant, chirurgien honoraire des hôpitaux.

Si l'on excepte les concrétions de cérumen qu'on rencontre principalement chez les vieillards et rarement chez les enfants, on doit dire que chez ces derniers, on observe plus qu'aux autres âges de la vie des corps étrangers dans le conduit auditif externe; pour notre part, nous en avons vu un nombre considérable à l'hôpital et en ville.

Les corps que nous avons rencontrés sont très-divers : du cérumen endurci, des cailloux, des pierres taillées extraites de bagues, ou de boucles d'oreilles, des perles, des pois, des noyaux, des haricots, des fragments de tubes de verre, des boulettes de papier, des graines de fruits, etc., etc. On a signalé des insectes, mais nous n'avons pas eu occasion d'en rencontrer. Itard, le savant chirurgien de l'institution des sourds-muets, en a rapporté plusieurs observations.

Tous ces corps étrangers, lorsqu'ils séjournent dans le conduit auditif, peuvent déterminer des accidents, principalement ceux qui peuvent se tuméfier, inflammation, suppuration, bourdonnement, accidents cérébraux, méningites; aussi est-il indiqué de débarrasser le plus tôt possible les enfants qui ont un pois, une graine qui peuvent se développer par l'humidité. Le chirurgien doit, avant

tout, bien s'assurer qu'un corps étranger existe, car on a souvent fait des tentatives très-dangereuses dans des cas où il n'existait rien. Si, après avoir bien placé le malade, avoir dirigé la lumière dans la direction du conduit, on reconnaît le corps étranger, on doit agir différemment suivant les cas :

1° Le corps étranger peut être un liquide : de l'eau chez les nageurs, de l'huile ; dans ces cas une seule secousse imprimée à la tête suffit pour faire couler le liquide.

2° Quelquefois c'est du cérumen concrété ; un simple cure-oreilles, préalablement imbibé d'huile, permettra de chasser cette concrétion. Il peut arriver qu'il faille commencer par ramollir ce corps étranger par plusieurs injections d'eau tiède, ou d'huile, ou de glycérine.

3° Les pois, les haricots, les graines, les boulettes de papier, renflent et se ramollissent, ils peuvent être pincés ou accrochés quelquefois assez facilement, soit avec une petite pince, soit avec un petit crochet court qui pénètre dans le corps étranger.

4° Les corps durs, comme les cailloux, les noyaux, les graines résistantes comme les graines d'Amérique, peuvent être enlevés de plusieurs manières, et avant tout, comme on l'avait conseillé très-anciennement, et comme le faisait aussi Menière, médecin des sourds-muets, il faut employer les injections. Nous avons usé très-souvent de ce moyen, et pour toutes les espèces de corps étrangers, mais il faut le faire d'une certaine manière, avec beaucoup de persévérance ; aussi doit-on montrer aux parents à pratiquer ces injections, car il faut souvent les répéter plusieurs jours de suite, avant de voir le moyen couronné de succès.

Pour mettre en œuvre ces injections, il est bon de se procurer un irrigateur Eguisier (n° 2 ou 3), armé d'une canule droite et que l'on remplit d'eau froide ou mieux d'eau tiède. On fait tenir l'enfant par quelqu'un qui a la précaution de l'envelopper avec un drap ployé en plusieurs doubles ; les bras sont ainsi maintenus enveloppés ; ce drap doit entourer le cou de l'enfant pour éviter de le mouiller, de plus il faut qu'un aide le place de manière à ce que la tête soit légèrement inclinée, et qu'on dispose au-dessous de l'oreille une cuvette dans laquelle tombera l'eau.

Le chirurgien dirigera la canule de l'irrigateur dans le conduit auditif, en faisant partir le jet d'abord très-lentement, afin que l'eau puisse passer entre le corps étranger et les parois du canal, frapper sur la membrane du tympan, et par son choc en retour entraîner le corps étranger qui tombera dans la cuvette, quelquefois

après une première injection. Il est important que le chirurgien, tout en faisant l'irrigation de la main droite, tire le pavillon de l'oreille alternativement en haut, en bas, en avant, en arrière, afin de modifier la direction du jet; mais il faut ne pas s'en tenir là et insister, s'il y a lieu, plusieurs jours de suite, si on n'a pas de résultats à la première injection; ayant appris à des parents à faire des injections, j'en ai vu qui, après huit à dix jours, avaient obtenu le corps étranger. Il est donc bien important de ne pas perdre patience. Cependant, lorsque ce moyen n'est pas suivi de succès, les manœuvres qui nous paraissent le mieux réussir sont celles faites avec de simples petites pinces, utiles surtout dans les cas de corps mou, papier, charpie, etc., ou bien celles avec la curette ordinaire ou encore la curette articulée que Leroy d'Etiolles a imaginée pour les petits calculs engagés dans l'urètre; elle est, en général, d'un emploi facile et avantageux. Dans plusieurs cas il est important de la conduire principalement le long de la paroi inférieure du canal, qui est plus large.

L'introduction des curettes étant toujours plus douloureuse que le premier moyen, et les enfants étant toujours disposés à remuer, s'il faut mettre en usage ce moyen, nous n'hésitons pas à employer le chloroforme, afin d'agir avec plus de sûreté sur certains enfants indociles et irritables.

Lorsque les enfants sont au contraire dociles, outre la position inclinée de la tête, M. Debout a recommandé dans ce journal, de faire ouvrir la bouche au patient. Il suffit d'introduire l'extrémité du petit doigt dans son conduit auditif externe, et de faire mouvoir le maxillaire pour se convaincre de l'ampliation que subit le canal chaque fois que le condyle du maxillaire abandonne ses surfaces articulaires. Cette attitude facilite la mise en œuvre de tous les procédés opératoires, mais celui auquel elle vient le plus en aide est le procédé si innoffensif des injections.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Ményanthine, principe amer cristallisé des feuilles de trèfle d'eau.

Par M. A. Nativelle.

Cette substance, la *ményanthine*, que j'étais parvenu à isoler en 1838, mais en très-petite quantité, peu de temps après la cnicine [1], échappait à mes recherches, depuis trois années que j'avais repris ce travail.

[1] Voir l'*Officine*, 5e édit., p. 405.

Je n'obtenais plus qu'une matière très-amère, poisseuse, transparente, à peu près incolore et incristallisable, peu soluble et plus pesante que l'eau, se dissolvant en toutes proportions dans l'alcool et à peine dans l'éther pur (1).

Avec la faible proportion de ményanthine signalée plus haut, proportion qui s'élevait à 20 *centigrammes* à peine, produit bien minime et laborieusement obtenu de 250 grammes de trèfle d'eau, j'aurais laissé là ces recherches, comme n'offrant aucun intérêt; mais ces cristaux que j'avais devant moi, possédant tous les caractères d'un principe immédiat nouveau, me firent persévérer : je ne pouvais abandonner ce premier résultat. Enfin, après tant de difficultés, je suis parvenu à obtenir ce principe aussi facilement que la cnicine et en quantité suffisante pour permettre d'étudier ses propriétés chimiques et médicales.

La ményanthine se présente en cristaux prismatiques aiguillés très-brillants, plus courts et consistants que ceux de la cnicine, et, comme elle, d'une grande blacheur. Son amertume est excessive, mais franche et en tout semblable à celle du trèfle d'eau. En cela, elle diffère de la cnicine, qui rappelle la saveur des sels quiniques. Sa solubilité dans l'alcool fort, à chaud, est encore plus grande que celle du principe du chardon béni. Une partie à peine de ce véhicule suffit; par le refroidissement, elle se prend en masse cristallisée. L'éther pur, à la température ordinaire, en dissout une certaine proportion; elle cristallise après l'évaporation. L'eau froide en dissout une petite quantité, qui cristallise à mesure que s'évapore le soluté, au moyen de la chaleur. La cnicine, dans ce cas, serait transformée en gouttelettes oléagineuses plus pesantes que l'eau, qui ne reprendraient pas la forme cristallisée.

L'ammoniaque, qui la dissout mieux que l'eau, n'agit pas sensiblement sur elle; le soluté reste amer. Il n'en est point de même des autres alcalis caustiques : la potasse ou la soude, en suffisante quantité, la dissolvent en lui faisant perdre sa saveur amère, qui ne reparaît pas en saturant par un acide. Ce caractère est encore plus prononcé pour la cnicine. Le tannin est sans action sur la solution aqueuse de cette substance. Contrairement à ce qui arrive pour la matière amère incristallisable, amenée à son plus grand état de pu-

---

(1) Cette matière, qui a tant de rapport avec le principe cristallisé, paraît être ce même principe, en voie d'élaboration dans l'acte de la végétation.

Les eaux mères des principes immédiats végétaux, alcalins ou neutres, offrent des matières analogues, possédant le caractère essentiel, la saveur surtout, des produits isolés. (*Note de l'Union pharmaceutique.*)

reté, bien que aussi peu soluble dans l'eau que la ményanthine, elle précipite abondamment par ce réactif; la liqueur devient laiteuse. L'acide sulfurique la dissout en prenant une teinte acajou foncé : par l'addition d'un peu d'eau, elle se dépose à l'état poisseux; une plus grande quantité de ce liquide la dissout : ce soluté n'a plus d'amertume. La ményathine est neutre, fond à une température peu élevée sans se colorer, ni s'altérer; le bouton transparent qui en résulte se dissout dans l'alcool et cristallise après l'évaporation : chauffée davantage, elle se colore et brûle sans laisser de résidu.

100 parties de feuilles de trèfle d'eau donnent 1 partie de ményanthine pure.

Quant à la matière amère incristallisable, qui doit partager avec la ményanthine les propriétés thérapeutiques de la plante, je n'ai déterminé sa proportion que d'une manière approximative; elle me paraît être, à peu près, celle du principe cristallisable.

Comme ce travail n'est point terminé et que je m'occupe en même temps, par le même moyen, d'autres substances dont le principe actif pur, c'est-à-dire cristallisé, n'a pas encore été isolé, je remets à plus tard la publication du procédé (1).

Préparation de la poudre de cuivre.

Le moyen le plus expéditif, selon M. Low, pour obtenir du cuivre en poudre, consiste à employer une dissolution saturée de sulfate de cuivre additionnée de son volume d'acide chlorhydrique, et d'y plonger une lame de zinc. L'hydrogène se dégage avec effervescence, et en même temps, il se dépose du cuivre en éponge, qui se transforme en poudre très-fine par la simple agitation. On lave ensuite à l'eau chaude, et on fait sécher dans un courant d'hydrogène.

(1) Nous avons publié dans l'*Union pharmaceutique*, 1862, p. 78, un travail de M. Kromeyer sur la ményanthine; quoique ce chimiste en ait donné la composition et le dédoublement (c'est un glucoside), il ne l'a obtenu que sous forme poisseuse, et la regarde comme incristallisable; ce qui trace déjà une ligne de démarcation entre cette substance et la ményanthine cristallisée de M. Nativelle.

(*Note de l'Union pharmaceutique.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Extraction d'une aiguille à coudre logée dans le sein depuis plusieurs années.

Dans le courant du mois de décembre 1858, je fus appelé en consultation auprès d'une vieille dame qui était tourmentée depuis plus de trois ans par de vives douleurs dans le sein gauche. Ces douleurs, plus aiguës à certains moments, naissaient et disparaissaient souvent par l'effet d'un simple mouvement du bras ou du corps ; elles étaient continues depuis une semaine environ quand je fus mandé. La malade les comparait à la sensation que produit une pointe acérée pénétrant dans les chairs.

Mme N*** appartenait à une famille entachée du vice cancéreux ; aussi comprend-on facilement que l'âge de la malade, le siége de l'affection, le caractère lancinant des douleurs eussent effrayé les parents et préoccupé le médecin ordinaire, qui avait cru devoir conseiller depuis quelques mois un traitement général. Quand je vis le sein, il ne présentait aucune trace d'inflammation, aucune coloration anomale, mais on percevait au toucher une petite tumeur allongée et fusiforme. Je fus très-embarrassé, je l'avoue, pour le diagnostic, et, sentant le besoin de fonder mon opinion sur une observation plus complète de la malade, je prescrivis des onctions huileuses, des cataplasmes émollients, et je revins chaque jour pendant une semaine environ.

Mme N*** me semblait être dans un état florissant de santé ; elle avait été remarquablement belle, et quoique, comme beaucoup de brunes arrivées à un certain âge, elle eût un teint pâle et la peau rugueuse, on devinait, au premier coup d'œil, comme par un examen plus attentif, une solide et vigoureuse constitution.

Le 17 décembre, la petite tumeur avait de beaucoup diminué, et cependant les douleurs étaient plus vives, chaque mouvement un peu étendu des bras arrachait un cri. En palpant avec soin la région, j'acquis la certitude qu'il existait un corps étranger long de trois à quatre centimètres, mobile, placé verticalement sur le côté interne du sein gauche dans le tissu cellulaire sous-dermique, un peu plus profondément situé en bas qu'en haut, où il était cependant encore assez éloigné de la face profonde de la peau.

Je procédai aussitôt à l'extraction : tendant la peau entre le pouce et l'index de manière à faire saillir les extrémités du corps étranger, je fis une incision comprenant toute la peau au niveau de sa

partie la plus élevée, et, pressant alors vigoureusement, je fis apparaître entre les lèvres de la petite plaie, longue à peine de deux millimètres, une pointe métallique que j'attirai au dehors à l'aide d'une pince-artères. — C'était une aiguille à coudre ordinaire de moyenne grandeur; elle était noirâtre, mais non oxydée, sa pointe comme son chas étaient parfaitement intacts.

Il ne sortit aucun liquide, pus, sang ou sérosité. L'aiguille paraissait avoir été logée dans un étui de tissu cellulaire densifié. Après l'extraction, je mis sur la plaie un petit morceau de taffetas gommé, le soir elle était cicatrisée complétement, et le lendemain Mme N*** était totalement guérie. Depuis cette petite opération, elle n'a jamais ressenti la moindre douleur qui ressemblât de près ou de loin à cette sensation de piqûre qui l'a tourmentée pendant si longtemps. Il me paraît donc hors de toute contestation que les douleurs étaient dues seulement à la présence de l'aiguille dans les tissus; par conséquent le corps étranger a séjourné dans le tissu cellulaire du sein pendant plus de trois ans, sans entraîner d'autres accidents. Au moment de l'opération et depuis, j'ai cherché minutieusement la trace de la plaie d'entrée; je ne l'ai jamais rencontrée.

BÉRENGER-FÉRAUD,
Chirurgien de 1re classe de la marine.

Observation de pupille excentrique; bons effets des lunettes.

P. N***, jardinier, âgé de vingt-huit ans, entre dans mon service, salle Saint-Sacerdos, n° 11, au mois de juillet 1863. Il est affecté d'un conjonctivite légère qui cède rapidement à une médication appropriée.

Les yeux de cet homme présentent les particularités suivantes :

Les pupilles ne sont pas placées au centre de l'iris; toutes deux sont situées en haut et en dehors; elles sont elliptiques, allongées, à grand axe oblique; à la partie externe et supérieure on aperçoit un liséré très-mince de l'iris. La pupille est parfaitement contractile sous l'influence de la lumière; elle se dilate par la belladone. Les phosphènes sont très-prononcés. La vue est trouble, imparfaite, principalement au grand jour. Le sujet éprouve quelquefois de la diplopie, ce qui paraît tenir à un strabisme très-marqué.

A l'examen ophthalmoscopique je reconnais les phénomènes suivants : le champ pupillaire est divisé en deux parties bien distinctes; une moitié interne, une moitié externe. La première est convexe en dehors; par lumière réfléchie, elle offre une teinte légèrement

grisâtre; en cherchant à voir le fond de l'œil à travers elle, il est impossible de rien distinguer sans l'aide de la loupe, qui permet de voir les vaisseaux et la papille du fond de l'œil, qui sont à l'état normal.

L'espace externe de la pupille est parfaitement transparent; il est concave en dedans; avec le miroir réflecteur seul on distingue facilement les vaisseaux du fond de l'œil et la pupille; avec la loupe il est impossible de rien distinguer.

Lorsque la pupille est dilatée sous l'influence de l'atropine, elle devient circulaire; les phénomènes ophthalmoscopiques sont alors les mêmes que ceux déjà décrits; l'observation en devient seulement plus facile.

Cette exploration permet de conclure que chez notre sujet il y a fissure de l'iris et absence des procès ciliaires au même niveau.

A l'âge de vingt-quatre ans seulement, on fit remarquer à ce jeune homme que ses pupilles n'étaient pas disposées comme celles de tout le monde; avant cette époque, malgré la faiblesse de ses yeux, il ne s'était jamais douté de leur conformation vicieuse. Son père et sa mère ne présentent rien de particulier du côté de l'appareil oculaire. Deux de ses sœurs ont le même vice de conformation; l'une aux deux yeux, l'autre à un seul. Elles sont également myopes.

Quant à lui, il est tellement myope, qu'en lisant il touche presque le livre avec son nez; l'œil gauche est un peu plus faible que le droit, probablement parce que l'espace externe possède une amplitude un peu plus grande. Avec des lunettes à cataracte, il lit d'un peu plus loin, parce qu'elles lui grossissent les lettres. Ses yeux ne portent aucune trace de lésion morbide; il n'a point de nystagmus, ni d'irido-pallie; jamais il n'a été affecté de traumatisme.

Je lui fais fabriquer des lunettes ayant à la place des verres des plaques métalliques noircies du côté de l'œil et perforées au centre de trous de deux millimètres de diamètre. Immédiatement il voit de beaucoup plus loin et peut lire à une distance de 35 centimètres. Toutefois, pour vaquer aux travaux ordinaires de sa profession, il trouve plus avantageux de se servir de lunettes dont le trou à un demi-centimètre de diamètre.

Cette observation peut suggérer des réflexions, au point de vue du diagnostic, de l'examen ophthalmoscopique et du traitement.

Diagnostic. — Au premier abord on pouvait songer à une lésion accidentelle ayant amené une luxation du cristallin avec déforma-

tion de la pupille ; ce jeune homme disait, en effet, avoir contracté cette difformité à l'âge de vingt-quatre ans. Mais un examen plus approfondi montrait bien vite que la difformité était congénitale, et que les renseignements fournis par le sujet étaient faux. Il n'y avait pas eu de traumatisme, pas eu d'affection oculaire à l'époque indiquée ; du reste, la symétrie des deux yeux et les renseignements survenus plus tard, et indiquant un état semblable chez deux sœurs, excluaient toute idée de lésion accidentelle. De plus, quoiqu'il y eût un espace en dehors entre l'anneau ciliaire et le cristallin, cet organe n'était pas en réalité déplacé.

C'était donc un coloboma de l'iris ; mais un coloboma différent du classique, dont la fissure est en bas, de forme triangulaire, et aboutit à la pupille. Dans quelques cas, le coloboma a été observé avec persistance de l'uvée ; mais ici, il y avait absence complète des procès ciliaires au niveau de la division de l'iris. L'orifice étant elliptique, ne se prolongeant pas jusqu'au centre pupillaire, on pouvait le considérer aussi comme une pupille excentrique avec arrêt de développement des procès ciliaires. Du reste, entre la pupille excentrique et le coloboma la différence n'est pas grande. Il n'est pas étonnant que l'arrêt de développement ait porté en même temps sur l'iris et les procès ciliaires, car ce sont deux parties d'un même organe.

Examen ophthalmoscopique. — Nul doute que la lésion dont je parle n'ait été observée plusieurs fois ; si les auteurs ne mentionnent pas les mêmes détails que ceux que je relate ici, c'est qu'à l'époque où ils ont écrit, l'ophthalmoscopie était peu répandue. L'examen extérieur de l'œil ne pouvait rien apprendre sur la disposition du cristallin et sur l'espace qui existait en dehors. En observant l'œil à la lumière du jour, on voyait bien dans le champ pupillaire une partie plus noire et plus transparente et une autre un peu grisâtre et réfléchissant mieux quelques rayons lumineux, mais on ne distinguait rien de plus. Au contraire, en projetant de la lumière artificielle avec le miroir de l'ophthalmoscope, on voyait nettement le cristallin et l'espace qui existait en dehors. J'ai déjà décrit cette disposition et j'ai déjà dit qu'une lentille était nécessaire pour voir la pupille et les vaisseaux au niveau du cristallin ; tandis que ces organes profonds ne pouvaient se distinguer qu'à l'œil nu, dans l'espace externe. La cause de cette différence est facile à saisir pour ceux qui connaissent les conditions physiques de l'ophthalmoscopie, et je ne crois point devoir entrer ici dans des explications plus longues ; je dirai seulement que l'es-

pace externe se trouvait dans les conditions d'un œil privé de cristallin.

Le moyen qui m'a paru préférable pour remédier à cette difformité, est celui qui a été conseillé par Wardrop, pour l'absence congénitale de l'iris. Les lunettes que j'ai fait fabriquer ont quelque rapport avec les lunettes sténopéiques de Donders ou panoptiques de M. Serres. Le but que je me suis proposé en les appliquant, a été de ne laisser arriver à l'œil que des rayons lumineux centraux qui fussent obligés de traverser le cristallin pour arriver à la rétine, au lieu de s'égarer en partie dans la portion non cristallinienne du champ pupillaire. Cette prévision sembla pleinement justifiée par le résultat, car la vue gagna immédiatement en netteté et en étendue. Les troubles de la vision tenaient certainement aux réfractions différentes que subissaient les rayons lumineux.

X. Delore,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

BIBLIOGRAPHIE.

1° *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, publié sous la direction de MM. les docteurs Raige-Delorme et A. Dechambre.
2° *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*; directeur de la rédaction, M. le docteur Jaccoud.

L'importance de ces deux dictionnaires, bien que devant, suivant la différence même de leur titre, se développer dans des cadres inégaux, nous commandera, à mesure qu'ils avanceront dans leur publication, de les étudier à part, et d'en bien marquer l'esprit ; si aujourd'hui que nous en parlons pour la première fois à nos lecteurs, nous ne les séparons pas, c'est que nous voulons seulement jeter un coup d'œil sommaire sur l'introduction qui précède l'un et l'autre, comparer les tendances diverses qui s'y montrent, et pressentir, autant qu'il est en nous, l'ensemble systématique des notions supérieures qui résulteront pour le lecteur attentif de tant de travaux accumulés par un grand nombre d'esprits différents, mais qui, tout en conservant leur indépendance, devront cependant, en une certaine mesure, obéir à l'impulsion des médecins distingués qui ont réclamé leur concours pour réaliser l'œuvre qu'ils ont conçue.

M. Dechambre, avant de toucher aux questions capitales que nous venons de laisser pressentir, a cru devoir tracer un historique rapide du genre de publication auquel se rattache le *Dictionnaire*

encyclopédique des sciences médicales, qu'il doit diriger en collaboration avec M. Raige-Delorme : le nombre considérable de travaux de cet ordre qu'il y signale et caractérise d'un trait rapide, montre qu'à toutes les époques de l'évolution scientifique, ces résumés plus ou moins étendus et plus ou moins compréhensifs de l'état de la médecine à une époque donnée de son développement, ont été un besoin universellement senti, et qui, heureusement ou malheureusement, nous ne le décidons pas, n'est pas près de disparaître. Si M. Dechambre a cru devoir, dans un coup d'œil rétrospectif presque complet, ramener un instant la lumière sur cette masse de travaux disparates, ce n'est pas assurément, son esprit sagace devait le préserver d'une telle illusion, qu'il espérât trouver dans cette forêt des forêts, *sylva sylvarum*, une indication quelconque qui pût le diriger dans sa laborieuse publication : si l'on en excepte quelques grandes publications contemporaines de cet ordre, on ne trouve presque là partout qu'un chaos sur lequel, en guise de l'esprit de Dieu ou de la vérité, planent et règnent les phosphènes de l'imagination errant dans le domaine de la science. Abstraction faite même de ces rêveries dont la science ne peut jamais sortir, toutes ces publications, manquant d'une base fixe pour se développer dans un ordre logique, se perdent nécessairement dans le vague et l'arbitraire, et l'ordre alphabétique, quand elles s'y soumettent, n'est qu'une large épellation d'erreurs confuses et discordantes, et, comme le dit fort bien l'auteur, « le plan, en un mot, est tout arbitraire; et ici encore le progrès n'est venu sérieusement qu'avec celui de l'anatomie pathologique, qui donne à la fois, soit qu'elle parle, soit qu'elle se taise, les caractères nécessaires à la division des espèces morbides et à leur classification nosographique. »

Cette excursion consciencieuse faite dans le domaine des ombres, et avec la conviction parfaitement arrêtée d'avance de n'en ramener aucune espèce d'Eurydice, M. Dechambre entre de plain pied dans la lumière de la science moderne, de la science contemporaine, et c'est là, presque uniquement là, qu'on doit, suivant lui, chercher les matériaux qui doivent entrer dans l'édification de l'œuvre considérable dont il a accepté la direction avec l'honorable M. Raige-Delorme. Nous ne pourrions, sans en affaiblir l'expression, réduire cette esquisse admirable des enseignements lumineux de la science moderne, de la science d'hier ; c'est dans l'introduction dont nous parlons en ce moment qu'il faut lire ce tableau rapide, mais tracé d'une main si sûre et si correcte. Là partout éclatent de toutes

parts les lumières que la chimie, la physique, l'anatomie microscopique, la physiologie expérimentale, la géographie médicale ont répandues sur la pathologie et sur la thérapeutique, qu'elles tendent au moins à faire sortir de l'ornière d'erreurs séculaires, en attendant qu'elles l'inspirent plus directement. Bien que nous ne soyons pas désillusionné, autant que le paraît être M. Dechambre, à l'endroit de certaines notions doctrinales qu'il exclut du domaine de la science, à la manière de l'école positiviste, et comme Platon chassait les poëtes de sa république, nous ne biaisons pas plus que lui, quand il s'agit de reconnaître les services immenses que ces sciences auxiliaires, ces méthodes particulières ou ces procédés spéciaux ont rendus à la médecine : non-seulement nous reconnaissons nous-même ces services, mais encore, quand il s'agit de pressentir les lumières qui viendront de là partout pour éclairer notre science laborieuse, nous savons faire crédit, et un large crédit au temps. Toutefois, à mesure que nous avons vieilli dans l'étude, le souvenir de nos propres variations, que nous avouons sans vergogne, sur une foule de questions, nous a rendu circonspect dans nos pressentiments des progrès de l'avenir.

Qu'en présence des remarquables travaux des chimistes contemporains, de M. Berthelot surtout, qui est parvenu, en faisant seulement intervenir le temps comme acteur nouveau dans certaines opérations chimiques, à faire de toutes pièces, à l'aide d'éléments inorganiques, quelques produits qu'on supposait jusque-là ne pouvoir naître que sous l'influence de la vie, qu'en face des faits non moins intéressants qui, sous la main intelligente de M. C. Bernard, ont ouvert tant de perspectives nouvelles à la physiologie, à la pathologie même, qu'en présence de ce monde nouveau, *novus nascitur ordo*, répété-je, on se montre patient envers le temps, suivant l'heureuse expression de notre très-distingué confrère, et qu'on espère beaucoup de l'avenir, nous le comprenons ; mais prenons garde en même temps de tomber dans l'utopie gigantesque de plusieurs, de M. Renan entre autres, qui, s'exaltant en présence de ces admirables leçons, voit déjà l'homme un jour en possession du ressort de la vie, et capable d'en prolonger indéfiniment la durée. « J'allais peut-être décomposer l'azote, » dit Balthazar Claës, dans *la Recherche de l'absolu ;* rappelons-nous toujours ce mot, pour éviter l'illusion, et qu'il soit un frein à notre imagination, quand elle a mis le pied sur le seuil de la porte d'ivoire de l'avenir de la science.

Sous la direction intelligente et nullement aventureuse de M. De-

chambre, le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* reflétera donc dans toutes ses parties les lumières de la science moderne; mais la médecine proprement dite y conservera son indépendance, et continuant à y marcher dans sa voie propre, elle y rencontrera nécessairement les enseignements de la science du passé, science moins bien informée assurément, mais à qui un empirisme inévitable a apporté un contingent de vérités qui en sont la tradition respectée, et elle ne répudiera pas ces enseignements, qu'elle n'admettra cependant qu'après les avoir soumis au contrôle d'une science plus avancée.

Si incomplet que soit cet exposé, on en peut facilement conclure la méthode générale, suivant laquelle se développera le cycle immense que doit embrasser cette importante publication. Mais quelle sera la doctrine qui, illuminant toutes les parties d'un si vaste ensemble scientifique, y introduira l'unité, y deviendra le *compages juncturaque rerum* du poëte latin? A cette question que se pose M. Dechambre, et dont l'absence eût laissé sans scrupule une foule d'esprits sceptiques, notre éminent confrère répond résolûment et sans ambages qu'aucune doctrine ne servira de drapeau au *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales ;* des synthèses partielles sont possibles, une synthèse générale ne l'est pas; il se soumet à cette nécessité de la logique des choses. Comme la pensée d'un esprit aussi élevé que M. Dechambre sur une si importante question peut intéresser beaucoup de médecins las d'étudier les phénomènes de la vie au clair de lune de l'imagination, qu'on nous permette de citer ici un court passage de l'introduction du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, où cette pensée se traduit sous une forme dont la netteté égale la limpide élégance. « La science de la médecine, dit l'éminent écrivain, s'est toujours trouvée mal à l'aise dans le moule des systèmes ; aujourd'hui elle le fait éclater de toutes parts, en le surchargeant coup sur coup d'apports imprévus. On l'accuse quelquefois de répandre autour d'elle et en elle la confusion ; non, elle met la discorde seulement où était un ordre artificiel. En réalité, elle prépare les éléments d'une conciliation. Non sans doute qu'on doive attendre d'elle d'éteindre toute contestation sur les conditions fondamentales et primordiales de la vie; mais elle ira si loin dans la connaissance des phénomènes vitaux et de leurs rapports, qu'elle rendra l'objet de la contestation aussi inutile à l'intelligence de la médecine théorique et de la médecine pratique que l'est l'essence de l'affinité à l'intelligence des lois de la chimie et de l'astronomie. Que restera-t-il en pâture

aux disputes? la raison de l'unité organique, la nature du principe formateur et conservateur; problème qui tourmentera éternellement le philosophe, mais dont le médecin physiologiste, pathologiste et thérapeutiste apprendra à se passer. En attendant cette ère promise, il faut être patient envers le temps; car, dans une science indéfiniment perfectible comme la nôtre, ce n'est pas seulement à la lueur des siècles passés, ni du temps présent, mais aussi à la lueur des siècles futurs qu'on peut juger des limites du progrès; et l'avenir, quoique visible à une foi prévoyante, ne peut être que lointain. » Ouvrir un si large crédit à l'avenir pour ces capitales questions où tout l'homme est impliqué, comme il appert visiblement des solutions hardies qui en ce moment même surgissent des quatre coins de l'horizon scientifique, peut être de la prudence, mais ne saurait répondre au besoin immense qu'a l'humanité de solutions différentes. Car, qu'on ne s'y trompe pas, plus la médecine grandira, plus ses connexions avec la philosophie deviendront étroites, et plus elle partagera la responsabilité des solutions qui, pour l'humanité, se résolvent en somme en la fameuse alternative de Shakespeare: *To be or not to be.* D'un autre côté, à supposer même que physiologie, pathologie, thérapeutique fussent aussi étrangères qu'on semble le croire à la solution de ces questions, l'hygiène qui sera un jour, espérons-le, le dernier mot de la science médicale, en tant que pratique utile, doit, elle au moins, aspirer à des solutions qui empêchent l'homme de rétrograder jusqu'à son prétendu point de départ. Sous prétexte de perfectionner l'humanité, ne la défaisons pas. Mais ne nous égarons pas davantage dans des questions qui ne regardent encore sérieusement qu'un lointain avenir, et hâtons-nous de reconnaître que, quelle que soit la solution vers laquelle incline notre savant confrère, elle n'exercera qu'une très-douteuse influence dans l'état de la science, sur la vaste construction encyclopédique qu'il est appelé à diriger. D'ailleurs, nous ne savons même pas si M. Dechambre se réduit sur ce point à un scepticisme invincible, car il nous semble surtout en ceci vouloir échapper à des discussions dont l'importance est réelle, mais dont les résultats sont le plus ordinairement fort problématiques: aussi, est-ce avec beaucoup de raison que quelque part il se dit parfaitement convaincu « qu'une logomachie invétérée, pleine d'illusions et de malentendus, entre pour une forte part dans les dissidences, et que sur beaucoup de points essentiels, il s'agit moins au fond de savoir ce que sont les choses, que de savoir comment on les appellera. » Au regard de la médecine pure, on ne peut ni mieux

dire, ni exprimer une idée plus juste. Enfin, quelle que soit au fond l'opinion personnelle de notre savant confrère sur les questions doctrinales comme sur quelques autres questions, ces questions ne seront pas moins traitées, suivant la mesure de leur importance, dans le *Dictionnaire encyclopédique*. Or, quand on parcourt la longue liste des collaborateurs que se sont adjoints les directeurs de cette publication, ceux qu'intéressent ces questions peuvent être rassurés, car il y a là une foule d'hommes qu'on ne met pas hors de page, mais qui s'y mettent eux-mêmes.

Nous croyons, en ces quelques pages rapides, en avoir dit assez pour édifier complétement les lecteurs du *Bulletin général de Thérapeutique* sur l'esprit général du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, esprit qui, sans répudier le passé, en discute le legs scientifique avant de l'accepter, s'inspire surtout du présent, et sait faire crédit à l'avenir.

Ainsi que chacun le sait, le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* est placé sous la direction de M. Jaccoud. Bien que jeune encore, M. Jaccoud occupe déjà dans la hiérarchie médicale contemporaine une place élevée, et les quelques échelons qui le séparent encore du point culminant de la science, il les franchira, nous n'en doutons pas un instant, et nous n'avons pas attendu l'occasion de la publication considérable à laquelle se rattache son nom d'une manière si honorable, pour le proclamer hautement. Convaincu, comme tout le monde aujourd'hui, que l'observation est la pierre angulaire de la science des sciences, le jeune et éminent directeur du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* place, lui aussi, sous ce tout-puissant vocable, si l'on veut nous permettre ce mot, le vaste répertoire pratique qu'il doit diriger. Pendant de longues années, il faut bien le reconnaître, la médecine française, moins encore par un chauvinisme ridicule, que par ignorance des sources étrangères, s'est renfermée dans les limites de sa propre observation et de ses conceptions personnelles ; M. Jaccoud, autant qu'il sera en lui de le faire, réagira contre cette tendance. Sa vaste érudition, sa connaissance d'un grand nombre de langues étrangères qui lui ont permis d'étudier dans les sources mêmes le mouvement de la science, partout où celle-ci est en voie de progrès réel, lui rendront cette tâche facile. C'est ici surtout qu'une direction intelligente peut imprimer une marche nettement déterminée à la masse énorme de travaux qui entrent dans la construction d'un dictionnaire aussi étendu que doit l'être le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Cette heureuse influence, nous

désirons d'autant plus que M. Jaccoud s'efforce de l'exercer et de la faire accepter de ses savants collaborateurs, que, voulant imprimer, ainsi que le titre de l'ouvrage l'indique, un caractère essentiellement pratique à l'utile publication dont il s'agit, c'est là une des voies dans lesquelles il peut résolûment s'engager pour y parvenir, s'il est vrai, ainsi que ne craint pas de le faire entendre, dans une occasion solennelle, une voix des plus autorisées, que c'est du côté de la thérapeutique qu'Anglais et Allemands pourraient surtout nous disputer une prééminence que sur plusieurs points on ne nous conteste pas : nous ne saurions donc trop engager notre savant confrère à mettre au service de l'importante publication qu'il est appelé à diriger toutes les ressources que lui met en main une érudition aussi vaste que la sienne.

Comme MM. Raige-Delorme et Dechambre, le directeur du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* s'empressera de demander à la physiologie, à la physiologie expérimentale surtout, à la chimie, à la physique, etc., les lumières qui peuvent éclairer les problèmes de la science médicale proprement dite; mais ne perdant jamais de vue que la science, dans la mesure où il se propose de la résumer, doit se renfermer dans un cadre plus restreint, les enseignements qu'il empruntera à ces diverses sources devant être soumis à la coupelle d'une critique sévère pour en dégager surtout les données susceptibles d'une application immédiate à l'élucidation des problèmes les plus importants de la pratique ou de la théorie. Cette critique, les intelligents collaborateurs de M. Jaccoud, comme lui-même, devront l'exercer avec d'antant plus de sévérité, qu'elle est impérieusement commandée par la doctrine même dont le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* doit s'inspirer. Pendant qu'en effet M. Dechambre déclare personnellement que, tout en laissant à ses collaborateurs leur indépendance à l'égard des idées doctrinales qu'ils seront appelés à juger, le *Dictionnaire encyclopédique* n'arborera aucun drapeau, M. Jaccoud, au contraire, et avec la même indépendance, croit davantage aux enseignements de la tradition, et il estime surtout que l'observation exacte n'est pas, comme d'aucuns le prétendent, le monopole exclusif du matérialisme, et que le spiritualisme ne condamne pas nécessairement ceux qui le professent à une vaine et stérile contemplation de la nature vivante.

Donnons un instant la parole sur ce point à notre très-docte confrère, comme nous l'avons fait à M. Dechambre ; il y aura également plaisir et profit pour les lecteurs de ce journal. « A en croire

les partisans du système (le positivisme), dit M. Jaccoud, le spiritualisme ne peut être tout au plus que la philosophie d'une science contemplative, hypothétique et stationnaire; seul, le positivisme peut se concilier avec la science exacte, rigoureuse et progressive de notre siècle. On s'étonne parfois de l'influence qu'ont exercée, de l'autre côté du Rhin, deux livres qui seront pour les siècles à venir les témoignages trop durables des égarements de l'esprit humain; eh bien, ce succès affligeant, ces œuvres, le doivent précisément à cette confusion de la science positive avec la philosophie positive... La double erreur que nous venons de signaler s'est déjà trop répandue : il est urgent de la combattre; c'est là le but que nous nous sommes proposé. Pour l'atteindre plus sûrement, nous substituerons aux raisonnements et aux discussions scolastiques une démonstration en acte : nous tiendrons compte dans une égale mesure, et des leçons immuables de l'antiquité et des progrès réels de notre époque, et nous montrerons ainsi que la science médicale contemporaine ne constitue qu'une période dans l'évolution générale de la médecine, et que ces deux phases distinctes d'une même histoire, la phase antique et la phase moderne, bien loin d'être incompatibles, doivent de toute nécessité se compléter l'une l'autre, et se prêter un mutuel et constant appui; nous inspirant d'ailleurs de l'idée hippocratique, nous réussirons peut-être à montrer en même temps que le spiritualisme n'est pas seulement la philosophie d'une science immobilisée ou contemplative, et que cette doctrine féconde, qui a place pour tous les progrès, se concilie d'elle-même avec toutes les conquêtes de la médecine contemporaine. » Le spiritualisme, lors même qu'il ne s'agit que de ses rapports avec le développement de la science, est si vaste en sa compréhension, qu'il eût été à désirer peut-être que M. Jaccoud précisât davantage l'idée qu'il vient d'exprimer : est-il spiritualiste en ce sens qu'il admet l'innéité dans l'esprit de notions générales qui, suivant M. Pidoux, *constituent notre intelligence, comme des cristaux constituent un sel* : admet-il avec cet auteur, comme avec M. Chauffard, que *les choses ne se peuvent juger que dans leurs causes*, etc. Qu'on y prenne garde, un homme qui a passionné singulièrement les esprits au delà du Rhin, Schopenhauer, était, lui aussi, spiritualiste à sa manière : convaincu qu'il avait atteint la substance de son être, puis transportant sa découverte hors du moi, l'appliquant par émologie à l'ensemble des choses, il crut avoir le secret du monde, et se précipita dans tous les excès d'un mysticisme sans frein. Nous ne pouvons ici que toucher aux sommités des choses;

mais nous en avons dit assez pour justifier le regret exprimé tout à l'heure, que notre bien docte confrère n'ait pas précisé davantage sa pensée, en déclarant, avec une franchise qui l'honore, qu'il demandera au spiritualisme les lumières qui peuvent éclairer les problèmes obscurs de la science.

Quel que soit le fond de la pensée de M. Jaccoud en cette question délicate, nous ne craignons, de sa part, ni les divagations du philosophe allemand, ni les excès de logique des deux esprits distingués que nous venons de citer : le bon sens est un frein, et l'observation dont il vit le met sûrement à l'abri de semblables écarts. Le spiritualisme, tel que le comprend notre savant, notre intelligent confrère, et à la lumière duquel seront résolues les questions qui en relèvent dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques,* ne peut donc être qu'une garantie de sage circonspection dans la direction de cette publication importante. Il aura, de plus, l'avantage, dans l'état des esprits, de montrer à plusieurs que les questions capitales qu'il pose ne sont pas mortes, bien que tous les jours quelques-uns en célèbrent prématurément les funérailles.

Nous n'avons fait, dans cette notice rapide, qui dépasse cependant les bornes dans lesquelles nous nous renfermons d'ordinaire, nous n'avons fait, dis-je, qu'effleurer les points culminants qu'ont plus ou moins développés MM. Dechambre et Jaccoud, dans la savante introduction qu'ils ont l'un et l'autre placée en tête de la vaste publication qu'ils doivent diriger; faire plus, c'eût été nous jeter dans le champ d'une discussion sans limites. Cette notice, tout incomplète qu'elle est, suffira peut-être pourtant à laisser pressentir l'esprit général, et, sur quelques points distincts, le caractère bien déterminé de ces importants travaux ; c'est le seul but que nous nous sommes proposé. Quant à préjuger laquelle de ces publications répondra le mieux aux besoins présents de la science et de l'art, à supposer que nous eussions entre les mains des éléments nécessaires pour asseoir un tel jugement, nous nous abstiendrions : on nous permettra donc de nous retirer à ce propos dans *l'arrière-boutique* de Montaigne, ne fût-ce que par respect pour des hommes en l'intelligence et la science desquels nous avons également foi.

BULLETIN DES HOPITAUX.

HYSTÉRO-ÉPILEPSIE CHEZ UNE JEUNE FILLE DE DIX ANS ; TRAITEMENT PAR LE BROMURE DE POTASSIUM; CESSATION DES ATTAQUES. — Lors-

qu'un médicament nouveau est à l'étude, et qu'il est permis, d'après des données déjà acquises, de fonder sur son usage de réelles espérances, aucune occasion propice de le soumettre à l'expérimentation thérapeutique ne doit être négligée, pas plus que ne doit être omis le soin de faire connaître les résultats, quels qu'ils soient, de cette expérimentation. On prépare de la sorte les bases d'un jugement, qui court autrement le risque de rester en suspens et qui, trop différé, faute des éléments nécessaires, laisse un libre cours à l'illusion ou à l'ignorance.

Plusieurs travaux récents, dont le *Bulletin général de Thérapeutique* peut revendiquer l'honneur, ont mis en évidence les propriétés sédative et hypnotique du bromure de potassium, et ont montré par là la voie des applications rationnelles de cet agent thérapeutique injustement oublié. Des faits positifs ont déjà témoigné de son efficacité dans des affections où le système nerveux revendique une part symptomatique prédominante. Ces premiers résultats ne pouvaient manquer de provoquer l'essai de ce médicament sur le terrain des maladies proprement nerveuses, et l'on sait qu'en Angleterre cet essai a déjà été réalisé dans le cas de névroses convulsives, notamment dans certaines formes d'épilepsie. Nos lecteurs ont pu prendre connaissance dans notre dernier numéro (15 décembre) des observations intéressantes de M. le docteur Mac Donnell sur ce sujet ; on peut rapprocher de ces observations le fait suivant observé dans le service de M. le docteur Blache, et dont la relation est due à M. René Blache, fils de cet éminent confrère et interne dans son service :

. La petite R*** (Eugénie), âgée de dix ans, a toujours été *très-nerveuse*, colérique et volontaire ; elle n'a jamais eu de convulsions dans sa première enfance ; elle a parlé de bonne heure et montré une assez vive intelligence. Il y a trois ans, elle était alors âgée de sept ans, elle fut pour la première fois atteinte de phénomènes qui frappèrent vivement la mère, et qui consistaient en un réveil subit, durant la nuit, un cri violent et la manifestation d'une terreur que rien ne pouvait légitimer : la face et les yeux étaient à ce moment fortement injectés ; il n'y avait ni écume à la bouche, ni convulsions apparentes ; l'on ne parvenait qu'avec grand'peine à la rassurer, et lorsque le calme était revenu, elle restait toute étonnée et hébétée, ne pouvant répondre aux questions qui lui étaient faites, et retombant dans un profond sommeil avec ronflement. Le jour entier qui succédait à cette crise était marqué par une grande fatigue, la continuation de l'état d'hébétude, et des

douleurs de tête intolérables, qui arrachaient des plaintes incessantes à la petite malade. L'attaque resta d'abord plusieurs mois sans se renouveler; puis elle se montra non-seulement la nuit et plus fréquemment, mais encore quelquefois dans la journée, ne présentant toutefois, dans ce dernier cas, que les signes d'un simple vertige. En même temps s'accroissaient les difficultés et les bizarreries du caractère; les fonctions digestives étaient languissantes, l'appétit presque nul, les forces générales très-affaiblies. — L'administration des préparations de fer et de quinquina, et de valériane (en infusion) amena une amélioration qui dura peu; les accès augmentèrent de fréquence et d'intensité; il ne se passait guère quinze jours, dans ces derniers temps, sans qu'il survînt une attaque annoncée par un malaise général, un besoin d'incessante agitation, et constituée par une chute subite, avec perte de connaissance, hébétude et sommeil consécutifs sans écume à la bouche, ni convulsions cloniques (du moins n'ont-elles jamais pu être observées par la mère de l'enfant). Mais à ces phénomènes il s'en ajoutait un autre, qui aggravait singulièrement la situation de la petite malade : c'était une impulsion irrésistible qui la poussait à se précipiter par la première issue qui se présentait devant elle, et qui, la veille de sa venue à l'hôpital, a failli lui coûter la vie, en l'entraînant vers une fenêtre.

C'est dans ces conditions que la petite R*** entrait, le 19 septembre dernier, à la salle Sainte-Catherine, n° 43 (service de M. Blache). — On crut devoir attendre avant de prescrire un traitement. Huit jours se passèrent sans que rien de nouveau survînt chez la petite malade. Le neuvième jour elle eut une espèce de défaillance dont elle revint immédiatement; c'était une simple attaque vertigineuse; mais dès le lendemain et sans que le malaise de la veille se fût dissipé, elle tomba subitement, dans le jour, au millieu de la salle, perdit connaissance, tout en poussant de petits cris plaintifs, présenta un peu de roideur dans les membres supérieurs, particulièrement dans le bras droit, mais n'eut ni écume à la bouche ni grands mouvements convulsifs; toutefois la face fut le siége de grimaces évidentes. Il fut facile de constater qu'il n'existait pas de traces de morsure à la langue. A cet accès succéda une profonde hébétude; l'enfant ne reprit ses sens qu'une heure après. M. Blache prescrivit le lendemain matin : — Bromure de potassium, 10 grammes, en solution édulcorée dans 100 grammes d'eau distillée; deux cuillerées à café le premier jour; deux cuillerées à dessert le second jour; deux cuillerées à bouche le troisième, une demi-heure avant le repas.

Depuis ce moment, il n'y a plus eu d'attaque d'aucune espèce.

L'enfant est sortie de l'hôpital, et le traitement, qui avait été suspendu pendant une huitaine de jours, vient d'être repris et sera continué.

Tout incomplet qu'il est, nous le reconnaissons, ce fait n'en a pas moins sa signification, relativement au but que nous nous proposons, qui est de montrer à nos confrères une voie dans laquelle il est permis de s'engager avec quelque espérance. D'ailleurs, nous ne perdons pas de vue cette intéressante malade, et nous ne faillirons pas au devoir de revenir sur les effets du traitement auquel elle est soumise, lorsque le temps en aura suffisamment consacré la valeur.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

REVUE DES JOURNAUX.

Abcès du foie traité par le caustique de Vienne; guérison. L'excessive gravité des collections purulentes qui se forment dans la glande hépatique, surtout sous des influences climatériques aujourd'hui bien connues, grâce à nos savants confrères de la marine et des colonies; l'insuccès malheureusement habituel des divers modes de traitement dirigés contre cette affection, nous engagent à mettre sous les yeux de nos lecteurs le fait suivant, dû à M. le docteur Cabasse; il consacre un beau succès obtenu à l'aide du caustique de Vienne :

Le nommé César Aym..., ancien infirmier, caporal au 1er régiment de tirailleurs indigènes, âgé de vingt-trois ans et demi, né à Montpellier et venu en Afrique à l'âge de six mois, avait été atteint, à diverses reprises, de diarrhée, de dyssenterie et de fièvres intermittentes. Il entrait le 28 février 1863 à l'hôpital du Fort-Napoléon, avec les symptômes suivants : embarras gastrique sans fièvre, douleur vive à l'épigastre du côté droit, exaspérée par la toux qui est fréquente, hypertrophie de la rate et du foie, celui-ci débordant les côtes d'environ 2 centimétres. Un traitement approprié et surtout calmant amène du soulagement à la douleur; mais la tuméfaction du côté de la région hépatique devient chaque jour plus manifeste.

Le 15 janvier, les parois abdominales dans cette même région sont le siége d'un léger empâtement; on y sent une tumeur profonde qui donne la présomption de l'existence d'un abcès du foie. Le 20, on croit percevoir, à 3 centimètres de la ligne blanche, une fluctuation profonde, laquelle n'est plus douteuse deux jours après : ainsi se trouve confirmé le diagnostic abcès du foie. Une couche de pâte de Vienne de 5 millimètres d'épaisseur et de largeur, et de 2 centimètres de longeur, est appliquée sur le point le plus saillant de la tumeur et laissée en place pendant vingt-cinq minutes. L'escharre, malgré les précautions prises, dépassa notablement les limites dans lesquelles on avait désiré renfermer l'action du caustique. Rien de particulier ne se montra dans l'état du malade; seulement la tumeur parut diminuer; des cataplasmes étaient appliqués, dès le troisième jour, pour favoriser l'élimination des parties détruites. Dans la nuit du cinquième au sixième jour, le malade se sentit inondé dans son lit; une quantité considérable de pus était, en effet, sortie par les bords de l'escharre, qui commençait à se détacher. Le 28, la tumeur ne faisait plus de saillie, et à partir de ce moment l'état local et général du malade n'a pas cessé de s'améliorer progressivement.

Toutefois l'escharre ne s'est complétement détachée que le 16 avril, et le pus a longtemps continué à couler par la même voie. Le malade quittait l'hôpital, dans un état très-satisfaisant, le 23, et prenait un congé de convalescence. (*Gaz. des Hôp.*, nov. 1864.)

De l'emploi du collodion mercuriel dans le traitement des condylômes. M. le docteur Giovanni Finco (de Padoue) a eu l'idée d'employer notre formule de collodion légèrement caustique contre les condylômes. Son malade, âgé de cinquante-six ans, portait autour de l'anus un grand nombre de ces productions ayant acquis un volume considérable, et que l'application de nitrate d'argent avait fait augmenter encore. M. Finco versa dans un flacon contenant 52 grammes de collodion 25 centigrammes de sublimé, et après avoir bien agité le mélange, il en appliqua avec un pinceau à aquarelle sur les deux plus grosses tumeurs. Le lendemain, elles étaient presque détruites. En seize jours, il détruisit plus de soixante de ces petites tumeurs; le malade était guéri, et il ne lui survint pas de récidive. (*Gazetta medica italiana Lombardia,* nº 41, 1864.)

Compression digitale de la carotide primitive dans un cas d'hémorrhagie dentaire ayant résisté à l'emploi du perchlorure de fer intus et extra ; guérison. On oublie trop souvent dans la pratique les moyens thérapeutiques les plus simples, qui sont aussi presque toujours les meilleurs : est-il un hémostatique plus puissant et plus facile en même temps à appliquer que la *compression ?* Si tout le monde en convient au fond, peu de gens s'en souviennent au moment de la réalisation ; ce n'est guère que dans les grandes occasions qu'on y songe : le fait suivant prouve quelle importance il peut avoir dans les petites ; M. le docteur Guipon, à qui appartient ce fait, y a mis très-opportunément à profit la compression digitale, aujourd'hui si en honneur dans le traitement de certains anévrysmes:

Une dame, âgée de soixante-dix-huit ans, sujette à des accès plus ou moins éloignés de fièvre intermittente, se plaignait, depuis quelques jours, d'un gonflement douloureux de la gencive supérieure gauche près de la dernière molaire, dont il ne restait plus que d'anciennes racines cariées. Le 5 octobre 1863, elle s'aperçut, vers six heures du soir, d'une issue de sang par le point douloureux, se faisant spontanément. Après plusieurs alternatives, l'écoulement sanguin avait pris, à dix heures du soir, des proportions inquiétantes. On appliqua alors méthodiquement sur le siége reconnu de l'hémorrhagie des tampons d'ouate imbibés de perchlorure de fer liquide au trentième, d'abord coupé, puis pur, et, en même temps, on prescrivit, à l'intérieur, le sirop de perchlorure de fer additionné d'un cinquième de sirop de digitale, une demi-cuillerée à bouche chaque demi-heure. L'hémorrhagie n'en persistait pas moins, et les forces de la malade allaient s'affaiblissant ; ce fut alors que M. le docteur Guipon se décida à pratiquer la compression de la carotide primitive gauche, au-dessous de sa bifurcation, contre les vertèbres cervicales, à l'aide de deux doigts superposés et immobiles, ce que la maigreur de la malade rendait, d'ailleurs, très-facile. En moins d'une demi-heure, l'hémorrhagie diminua sensiblement ; elle était complétement arrêtée au bout d'une heure.

La compression fut continuée jusqu'à quatre heures du matin par une personne intelligente, et le sang ne reparut pas. La malade se remit peu à peu des accidents généraux résultant de l'hémorrhagie et des accidents locaux dus à l'action prolongée d'un astringent aussi actif et aussi difficile à supporter dans l'arrière-bouche que le perchlorure de fer. (*Bulletin médical du Nord de la France*, décembre, 1864.)

Action de la créosote dans un cas de sycosis. Un jeune soldat atteint d'une éruption pustulo-tuberculeuse sur les joues et sur le menton, avait de plus un herpès circiné sur le dos de la main. Il avait contracté sa maladie en se faisant raser par un barbier dont le linge ou les rasoirs chargés de matières parasitaires avaient aussi communiqué la même affection à cinq ou six autres soldats. L'examen microscopique du bulbe hypertrophié des poils révélait l'existence des spores et des tubes de mycélium d'un véritable *microsporon mentagrophyte.*

Le traitement employé a consisté dans des lotions faites deux fois par jour pendant huit jours, avec un mélange de 50 grammes d'eau, 50 grammes d'alcool et 50 centigrammes de créosote. On a doublé la dose de la créosote pendant huit jours encore, en répétant les lotions trois fois par jour. Les éruptions pustulo-tuberculeuses ont complétement disparu. L'examen microscopique des poils n'a plus montré de parasites, le malade est donc complétement guéri.

Cet essai n'est qu'une conséquence

de l'application médicale des nouvelles expériences de M. Béchamp sur l'action de la créosote dans la fermentation, expériences d'où il résulte que la créosote s'oppose, dans les dissolutions fermentescibles, au développement des spores de mucédinées, à l'éclosion des œufs des infusoires. Les cryptogames parasitaires m'ayant paru, au point de vue de l'organisation, peu éloignés des moisissures développées pendant la fermentation, j'ai pensé, ajoute M. Masse, que la créosote pourrait arrêter de la même façon le développement des spores des parasites dans les maladies cutanées. En détruisant la cause de la maladie on doit arriver à la guérison. La créosote ne tue pas immédiatement le cryptogame dont le mycélium est développé, mais elle détruit les spores, qu'elle rend incapables de germer; au bout de peu de temps le mycélium s'épuise et le parasite disparaît. (*Acad. des sciences*, novembre.)

Emploi du sirop de belladone, de l'opium et du chloroforme dans un cas de tétanos traumatique; guérison. On peut dire de certaines affections qu'elles sont rebelles à toutes les médications possibles, en même temps qu'elles sont ou paraissent accessibles à un grand nombre d'agents thérapeutiques, sans qu'il soit permis de savoir quand ni pourquoi celui-ci réussira plutôt que celui-là : tel est le tétanos. Parmi les moyens préconisés contre lui, quel est celui qui n'a pas échoué, quel est celui qui n'a pas réussi? Toutefois, il serait facile de montrer que certains de ces moyens revendiquent une prééminence véritablement légitime, et que ce privilége revient de droit à l'opium. Voici un résultat qui paraît devoir être attribué à l'association de l'usage de ce dernier et du chloroforme, bien qu'il soit assez difficile, nous l'avouons, de démêler la part réelle qui revient à chacun des divers agents employés en cette circonstance.

Il s'agit d'un jeune homme de forte constitution, qui, s'étant fait à la main gauche une plaie contuse profonde, avec un pistolet chargé seulement de poudre et de papier, fut placé au nº 3 de la salle Saint-Joseph (service de M. Guérineau). Réunie par quelques points de suture et soumise à des irrigations continues, la plaie était presque complétement cicatrisée le sixième jour, lorsque le malade, s'étant exposé au froid en sortant de la salle, fut pris de trismus le 26 novembre; celui-ci avait été précédé par un peu de roideur dans les muscles cervicaux postérieurs; l'écartement des mâchoires entre les incisives n'allait à peine qu'à deux centimètres. On prescrit le repos au lit et le sirop de belladone, aux doses successives de 40 et 50 grammes, par cuillerée toutes les deux heures. Le 29 novembre, le trismus n'a pas augmenté, mais il y a de la roideur dans les muscles dorsaux et abdominaux; le malade est chloroformé jusqu'à l'anesthésie complète deux fois dans cette même journée. Il y a un mieux notable le lendemain, l'écartement des mâchoires est beaucoup plus facile. Le chloroforme est administré trois fois dans la journée, chaque anesthésie est suivie de sueurs abondantes; la roideur des muscles abdominaux et dorsaux continue à être très-prononcée; de plus, il existe une constriction telle du pharynx, que le malade a grand'peine à avaler un potage. Le 2 décembre, trois anesthésies suivies chacune de sueurs plus abondantes encore que les précédentes; il est à noter que, sous l'influence du chloroforme, le pouls descendait de 70 et 80 à 45 et même 40. Le 3 décembre, les mâchoires sont à peu près complétement libres; l'état du dos, du ventre et du pharynx reste le même; une pilule d'opium de 0,01 centigramme est donnée toutes les deux heures, sans préjudice de l'administration du chloroforme, qui est continué deux et trois fois par jour. Le 9 décembre, il ne s'est pas produit de modification très-notable dans l'état du malade, mais il a eu un accès de fièvre le soir; à la prescription ci-dessus on ajoute 50 centigrammes de sulfate de quinine. Seule la roideur des muscles abdominaux persiste; elle n'a complétement cessé que le 28 décembre, et jusqu'à cette époque a été continuée la médication multiple qui précède.

Ainsi que nous le disions au début, il est difficile de faire la juste part des nombreux agents de cette médication dans le résultat obtenu; il ne nous paraît guère douteux cependant que la principale revienne au chloroforme et à l'opium. Il n'est pas indifférent de rappeler que chaque anesthésie était suivie de sueurs abondantes. (*Journ. de médec. de Poitiers*, 1864.)

Empoisonnement par l'application sur la peau de la teinture d'iode. Un émigrant indien, âgé de dix-sept ans, présentait quelques ganglions tuméfiés dans la région parotidienne. On lui fit sur la partie malade un badigeonnage avec une forte solution de teinture d'iode. Cinq heures après, le malade présenta des vomissements et des selles liquides d'une couleur jaunâtre. Le lendemain matin, il offrait tous les symptômes de l'iodisme : pouls petit et rapide, anxiété, soif intense, sensation de brûlure du côté de l'abdomen, vomissements, diarrhée, suppression des urines. L'intelligence était intacte, et il n'y avait aucun phénomène du côté du cerveau. Toute trace d'iode avait disparu sur la peau; il n'y avait pas eu vésication. Malgré le traitement ordinaire par les opiacés, l'amidon, la mort survint trente heures après l'application de la teinture d'iode. L'autopsie ne présenta rien de très-particulier à rapporter : la vessie ne contenait que 45 grammes d'urine, renfermant des traces d'iode. (*Medical Times and Gazette*, n° 488, 1864.)

De l'emploi du tartre stibié dans l'urémie. Si les recherches modernes ont vivement éclairé la connaissance de l'ensemble symptomatique qui constitue l'urémie, l'on s'est peu préoccupé jusqu'à présent, il faut en convenir, des moyens à opposer à cette redoutable complication; aussi toute tentative faite dans ce but ne saurait-elle être trop encouragée; telle est celle de M. le docteur Lange (de Kœnigsberg), qui paraît n'avoir pas été complétement infructueuse.

M. Lange recommande l'usage du tartre stibié contre l'urémie, surtout quand elle succède aux exanthèmes aigus. Aux adultes, il donne le médicament à la dose de 30 centigrammes en solution dans 150 grammes de véhicule, par cuillerées à bouche de quart d'heure en quart d'heure ou bien toutes les demi-heures. Un résultat véritablement favorable paraît avoir répondu à cet essai de traitement, dans trois cas; nous en résumons deux ci-après.

Chez un enfant chétif, affaibli, étaient survenues, à la suite d'une maladie de Bright aiguë, un anasarque et une ascite considérables; des symptômes urémiques, tels que convulsions et assoupissement, s'étant manifestés, on prescrivit une solution de tartre stibié (0,15 centigrammes pour 125 grammes) à prendre, par cuillerée à bouche, toutes les demi-heures. Le soir du même jour, les phénomènes convulsifs avaient cessé; le malade avait uriné fort abondamment et avait eu une évacuation alvine; le lendemain, l'état comateux n'existait plus et la connaissance était revenue. On n'administra plus qu'une cuillerée de la solution stibiée toutes les deux heures. Ce traitement fut continué durant neuf jours, au bout desquels le tartre stibié, dont il avait été consommé environ 1 gr. 65 centigr., fut remplacé par le vinaigre scillitique. L'enfant se rétablit complétement.

Une autre malade, femme de robuste constitution, âgée de vingt-trois ans, étant entrée à l'hôpital avec une scarlatine, fut prise soudainement et à l'improviste de tous les symptômes de l'urémie, convulsions violentes, coma, etc. Le tartre stibié lui fut aussitôt administré selon la formule ci-dessus, et après qu'elle en eut ingéré un gramme dans l'espace de 36 heures, l'on vit les phénomènes urémiques s'amender complétement.

Dans un troisième cas analogue à ceux qui précèdent, l'emploi du même traitement amena le même résultat favorable; toutefois il se montra complétement infructueux chez deux autres malades. Quoi qu'il en soit, ces faits méritaient d'être signalés à l'attention des praticiens, ne fût-ce que pour montrer une voie ouverte à la thérapeutique dans des circonstances aussi graves; voie qui d'ailleurs n'est pas entièrement nouvelle, puisque d'anciens médecins, notamment Boerhaave, Cullen, etc., faisaient usage du tartre stibié dans les hydropisies. (*Presse médicale belge.*)

Procédé fort simple pour l'extraction des corps étrangers du conduit auditif externe. Le médecin est souvent appelé à extraire des corps étrangers introduits dans le conduit auditif externe, et pour le praticien des campagnes, qui n'a pas sous la main ce formidable arsenal chirurgical qui est toujours à la disposition des chirurgiens des grandes villes, il y a là quelquefois une difficulté insurmontable. En effet, la trousse de chaque praticien renferme, et pas toujours, une pince à pansement, une pince à disséquer et une pince à artères. Ces trois instruments sont le plus souvent insuffisants. Les pinces de Hunter, de Dupuytren, de Fabrizi, les plus fines

bruxelles d'horloger échouent à leur tour. Il n'y a que la curette de Leroy (d'Etiolles) qui donne des résultats à peu près constants. Mais tout praticien n'a pas dans sa poche la curette de Leroy.

Plusieurs fois j'ai été appelé, dit le docteur Bussières, à extraire chez des enfants des corps étrangers du conduit auditif, et le procédé suivant m'a toujours réussi fort rapidement et sans entraîner le moindre danger pour le patient : Je prends une épingle ordinaire, que je fixe solidement entre les mors d'une pince à artère ; puis j'en courbe la pointe à peu près à angle droit, dans une étendue variable de 1 à 2 millimètres, et sur le premier corps dur qui se présente sous ma main, j'émousse cette pointe de façon à ne pas piquer le patient s'il venait à faire quelque brusque mouvement. J'introduis ce petit crochet dans le vide qui existe entre le corps étranger et la partie inférieure du conduit auditif (après avoir fait prendre au pavillon de l'oreille la direction que tout le monde connaît), mais en ayant soin d'*appliquer et de faire glisser* sur la face inférieure de ce corps la portion recourbée de l'épingle, et dès que je sens que celle-ci est arrivée à la partie postérieure du corps étranger, je lui fais exécuter un petit mouvement de rotation, un quart ou un cinquième de circonférence, et par un léger mouvement de traction en haut et en dehors, je débarrasse promptement le patient. C'est ainsi que j'ai extrait dernièrement chez un enfant de quatre ans un fragment de silex entièrement lisse de 9 millimètres sur 6, et qui obturait complétement le conduit auditif fortement enflammé par suite des tentatives d'extraction exercées depuis trois jours. (*Journal de médecine de Bruxelles,* décembre.)

Guérison par l'électricité continue des pollutions avec ou sans spermatorrhée. M. le docteur Benedikt rapporte, à l'appui de l'efficacité de l'électricité dans le traitement des pollutions, avec ou sans spermatorrhée, cinq cas dans lesquels la maladie était survenue à la suite d'onanisme ou d'autres irritations des parties génitales. Elle rendait le coït impossible, car l'éjaculation avait lieu avant l'introduction du pénis. L'auteur fit agir un courant électrique continu, appliquant l'un des pôles sur la colonne vertébrale, et l'autre sur le périnée et le pénis, qui n'offrait, du reste, aucune altération dans la sensibilité, mais était seulement froid et livide. Le succès fut prompt et durable, sauf dans un cas, où l'on eut ensuite recours à une dérivation sur la nuque et à un traitement hydrothérapique.

La matière de l'éjaculation n'était pas toujours du sperme, et elle s'en distinguait souvent par une plus grande fluidité et l'absence de spermatozoaires. (*Schmidt's Jahrbucher,* 1864.)

Phénomènes de l'empoisonnement par la fève de Calabar ; inductions thérapeutiques. Tous les journaux de médecine ont rapporté la série nombreuse d'empoisonnements par la fève du Calabar, dont la ville de Liverpool a été dernièrement le théâtre. On sait qu'une quarantaine d'enfants, appartenant pour la plupart à de pauvres familles irlandaises, ayant trouvé, dans des balayures provenant d'un vaisseau récemment arrivé, des grains semblables à de grosses fèves, et en ayant mangé en plus ou moins grande quantité, ne tardèrent pas à se trouver en proie à tous les symptômes d'un violent empoisonnement.

Ces symptômes, observés forcément un peu à la hâte, dans deux hôpitaux de la ville où tous ces petits malheureux furent transportés, présentèrent les traits suivants. Au début, ces enfants avaient été pris d'un malaise épouvantable ; leurs jambes se dérobaient sous eux, ils ne pouvaient se tenir debout et ils tombaient comme des hommes ivres ; étaient-ils maintenus dans la position assise, leurs membres inférieurs s'en allaient comme des masses inertes ; chez la plupart, on put noter qu'il y avait eu des vomissements, des coliques, de la diarrhée, mais à un degré médiocrement intense. Pas de crampes, pas de phénomènes douloureux, pas de convulsions, aucun symptôme cérébral ; mais une prostration extrême des forces, qui était le phénomène le plus saillant. Pouls petit, très-faible ; surface cutanée refroidie, recouverte d'une sueur froide. Du côté de l'appareil de la vision, on ne s'avisa pas tout d'abord, dans l'ignorance où l'on était de l'agent toxique, de rechercher les symptômes : on nota seulement de la diplopie dans un cas et du rétrécissement de la pupille dans un autre. Chez le seul de ces pauvres enfants qui succomba, on ne remarqua guère d'autre lésion, à l'autopsie, qu'une flaccidité extrême du

cœur, dont le ventricule gauche n'était pas contracté comme on le trouve habituellement chez les personnes qui succombent subitement en pleine santé, et contenait à peu près autant de sang que le ventricule droit.

En s'en tenant à ce tableau, resté un peu incomplet peut-être en raison de l'embarras causé par le grand nombre de malades qu'il y avait à secourir à la fois, on voit que le principe actif de la fève du Calabar exerce d'abord une action irritante sur les organes digestifs, puis porte son influence, après avoir été absorbé, sur le système nerveux principalement, et surtout sur les parties rachidienne et ganglionnaire de ce système, dont il déprime l'activité, comme le montrent l'anéantissement de la myotilité surtout dans les membres inférieurs, l'abaissement de l'énergie de la circulation pendant la vie et la flaccidité du cœur après la mort, la diminution de la température animale et les sueurs froides, l'état de collapsus général où tombent les patients.

D'après cela, il est permis de conclure que, si cette substance est appelée à rendre des services en thérapeutique, ce sera dans les maladies où les fonctions sont affectées d'une manière irritative, où il y a surexcitation, soit qu'on l'applique directement aux cas où c'est le système nerveux qui paraît être le siége du mal, comme dans le tétanos, ainsi que cela a déjà été fait (voyez notre numéro du 30 juillet dernier), soit que, par l'intermédiaire de cette action, on se propose d'influencer d'autres systèmes d'organes et de fonctions d'une manière indirecte et secondaire. (*Med. Times and Gaz.* et *Arch. gén. de méd.*, déc. 1864.)

VARIÉTÉS.

Conclusions votées par la Société de chirurgie dans la question de la construction des hôpitaux.

La remarquable discussion ouverte depuis deux mois à la Société de chirurgie, sur les principes généraux de l'hygiène hospitalière, avec application spéciale à la reconstruction de l'Hôtel-Dieu, vient de se terminer par le vote et l'adoption des conclusions suivantes, qui sont le plus parfait résumé de cette discussion :

La Société de chirurgie de Paris, voulant contribuer, dans la mesure de ses efforts, à soustraire la pratique de l'art à la funeste influence des complications nosocomiales et à dégager pour l'avenir la responsabilité de la science, a jugé opportun, à propos de la reconstruction de l'Hôtel-Dieu, de rappeler ou d'établir les principes suivants :

1. Un hôpital doit être situé dans un lieu découvert, sur un sol et sur un terrain déclive. Ce terrain doit être vaste. Un espace superficiel de 50 mètres carrés par malade représente un minimum qui devra, autant que possible, être dépassé, et qui, d'ailleurs, doit croître *progressivement* avec le nombre des malades.

2. L'atmosphère d'un hôpital sera d'autant plus pure qu'il sera plus éloigné des agglomérations populeuses. On ne devrait conserver au centre des villes que des hôpitaux d'urgence nécessairement restreints et des hôpitaux d'enseignement. Cette mesure de salubrité serait en même temps une mesure d'économie, et permettrait aux grandes villes comme Paris d'installer ses hôpitaux sur de vastes terrains peu coûteux.

3. De bonnes dispositions hygiéniques sont faciles à obtenir dans des hôpitaux de 200 à 250 malades. Elles deviennent à peu près impossibles à réaliser, *dans les grandes villes*, si on dépasse le double de ce chiffre. Dans ces limites

de nombre, les dépenses de toute nature ne sont pas plus élevées que pour des hôpitaux plus populeux.

4. Les éléments de l'atmosphère se mélangeant surtout dans le sens horizontal, il faut combattre par l'espacement les effets de contact et de proximité qui constituent l'encombrement et qui se produisent de malade à malade, de salle à salle, de bâtiment à bâtiment.

5. Ce n'est pas seulement en augmentant l'espace cubique alloué à chaque malade, mais encore et surtout en augmentant l'espace superficiel, aujourd'hui insuffisant dans nos hôpitaux civils, qu'on luttera efficacement contre les influences contagieuses. Pour des motifs de même ordre, il est indiqué de ne pas multiplier les étages, chacun de ceux-ci engendrant une couche atmosphérique plus ou moins viciée. Au point de vue rigoureux de l'hygiène, on ne devrait jamais superposer plus de deux rangées de malades.

6. Ce serait une illusion de croire qu'un large cube d'air à l'intérieur des salles remplace le manque d'espace et d'aération extérieure, de croire qu'une abondante ventilation artificielle supplée à l'une ou à l'autre des conditions précédentes. Rien ne supplée à l'insuffisance ou au défaut de l'aération naturelle.

7. Les bâtiments complétement isolés, ayant tous la même orientation, exposés sans aucun obstacle aux rayons du soleil, à l'action de la pluie et des vents, seront disposés sur une seule ligne ou en lignes parallèles, à larges intervalles de 80 à 100 mètres, de manière à obtenir une séparation efficace et une libre et facile aération extérieure.

8. De petites salles de 15 à 20 lits sont faciles à surveiller au point de vue des soins; la gêne réciproque des malades y est moins grande; les chances de contagion directe moindres aussi; l'enlèvement de toutes les impuretés plus rapide. Elles doivent être préférées pour les services ordinaires, sans préjudice de dispositions spéciales à adopter pour certaines catégories de malades qui réclament un plus large espacement et l'*isolement* dans des chambres séparées.

9. Le mobilier des salles ne doit apporter aucun obstacle à la circulation de l'air. Il est nécessaire que les chefs de service aient le droit de faire supprimer les rideaux des lits lorsqu'ils le jugent convenable.

10. Les salles seront séparées par les paliers et les pièces de service commun. Il serait avantageux que l'une d'elles pût recevoir, pendant le jour et pour les repas, tous les malades qui se lèvent; ce qui serait une évacuation incomplète, mais quotidienne de la salle.

11. L'évacuation périodique et régulière des salles et leur repos pendant un temps de plusieurs mois donnent, dans les hôpitaux militaires français et les hôpitaux étrangers, des résultats qui indiquent l'adoption générale de cette mesure particulièrement impérieuse en temps d'épidémie.

12. Tout sera disposé pour que les matières odorantes et infectantes, déjections, objets de pansement, eaux de lavage, etc., puissent être rapidement détruites ou enlevées, qu'elles ne séjournent jamais à l'intérieur ou à proximité des pièces occupées par les malades, et ne donnent lieu à aucune émanation appréciable.

Eclairée par une longue discussion à laquelle ont pris part un grand nombre de ses membres, la Société de chirurgie regretterait que, dans son projet d'Hôtel-Dieu, l'administration méconnût ou négligeât quelques-uns de ces principes.

Elle pense que ni les besoins de la population, ni ceux de l'enseignement, ne réclament aujourd'hui un hôpital de 600 lits dans la Cité ; qu'un tel hôpital serait dans de mauvaises conditions, sous le rapport de l'emplacement, de l'espace, du nombre des lits, de la disposition des bâtiments, de l'aération de l'édifice.

Elle souhaite que ses observations soient entendues, et qu'elles contribuent à faire adopter un projet conforme aux exigences fondamentales de l'hygiène hospitalière.

Par décret en date du 18 décembre 1864, ont été nommés : M. le docteur Tessereau, adjoint au maire du premier arrondissement ; M. le docteur Brierre de Boismont, adjoint au maire du onzième arrondissement ; M. Boucher, pharmacien, adjoint au maire du quinzième arrondissement.

Par arrêté du 30 novembre 1864, M. Flaubert, professeur adjoint de clinique externe à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, est nommé professeur de ladite chaire, en remplacement de M. Leudet père, en congé d'inactivité. M. Duménil, professeur suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, est nommé professeur adjoint de clinique externe à ladite Ecole, en remplacement de M. Flaubert, appelé à d'autres fonctions. M. Merry-Delabost, docteur en médecine, est nommé professeur suppléant à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Rouen, en remplacement de M. Duménil, appelé à d'autres fonctions.

Le concours de l'internat s'est terminé dimanche. Voici la liste des élus : MM. Henocque, Peulevé, Folet, Causit, Burlaud, Gadaud, Panthin, Obedenare, Louvet, Petit, Pilate, Mahot, Lolliot, Farabeuf, Chovau, L. de Lignerolles, Roques, Jolivet, Blache, Sanné, Boucher, Molinier, Betbeze, Carbonell, Fredet, Bozonet, Lafaurie, Planchon, Rist, Pichereau, Serres, Lefeuvre, Zaepffel, Jubin, Pentray, Labbée, Millet, Bourdillat, Penières, Colas. *Internes provisoires*. MM. Machenaud, Cabadé, Marie, Lebœuf, Wiart, Dantagnan, Laburthe, Seuten, Menière, Shweich, Thévenin, Levêque, Olivier, Roulet, Liouville, Laboty, Voyet, Rengade, Herbert, Challier de Grandchamps, Attimon, Carré, de Font-Réaulx, Vieille, Navarro y Villar, Castro y Parra, Renault, Boussard.

Le concours pour les prix des internes a été terminé de la manière suivante : *Internes de troisième et quatrième année.* — Médaille d'or, M. Fernet ; médaille d'argent, M. X. Gouraud ; première mention, *ex æquo*, MM. Damaschino, Anger et Cornil : deuxième mention, *ex æquo*, MM. Coctau, Lemoine et Rigal. *Internes de première et deuxième année.* — Médaille d'argent, M. Henrot : accessit, M. Terrier ; première mention, M. Ledentu ; deuxième mention, M. Larcher.

Par décision ministérielle en date du 2 novembre 1864, M. le docteur Jossic, second médecin en chef de la marine, est chargé du cours de clinique médicale près l'Ecole de médecine navale de Brest.

Par décision ministérielle en date du 5 novembre 1864, des témoignages de satisfaction ont été adressés : A M. J. Roux, directeur du service de santé à Toulon, pour les éminents services qu'il a rendus à l'Ecole de médecine navale de Toulon pendant le semestre d'été, et à M. Barallier, second médecin en chef.

Par décret en date du 27 novembre 1864, M. Bourgarel, chirurgien de 1re classe, a été promu au grade de chirurgien principal.

Par décret du 30 novembre 1864, ont été nommés dans le corps médical de la marine : Au grade de chirurgien de 1re classe, les chirurgiens de 2e classe :

MM. Dangaix, Martialis, pour Brest; Delmas, Amouretti, pour Toulon; Chastang, pour Rochefort; Thaly, pour le Sénégal. Au grade de chirurgien de 2e classe, les chirurgiens de 3e classe : MM. Privat de Garilhe, pour Rochefort ; Reynaud, Martin, Valleteau de Moulliac, Audry, Illy, pour Toulon ; Roux (Antoine), pour la Guyane ; Corre, pour Brest ; Leroy, pour Toulon ; Cheval, Roussel, Joüon, Foll, pour Brest ; Lelarge, Richard, pour le Sénégal. Au grade de chirurgien de 3e classe, les élèves : MM. Delisle, Brodut, pour Rochefort; Nègre, pour Toulon; Bernardini, pour la Guadeloupe; Infernet, Bertrand, Boudet, pour Toulon; Napias, pour la Guadeloupe; Bœuf, pour Toulon ; Maréchal, pour la Guyane; Vallon, Orhond, Vezin, Lenourichel, Campion, Le Bunetel, Cousyn, pour Brest; Vidaillet (chirurgien auxiliaire de 3e classe), pour la Martinique ; de Lostalot-Bachoué, pour la Réunion ; Mondesir La Cascade, pour la Guadeloupe; Lacroix, Neveur, pour la Guyane.

Par décret du 4 décembre 1864 : M. Sédillot, médecin-inspecteur, est nommé directeur de l'Ecole de santé militaire de Strasbourg ; M. Rouis, médecin principal de 2e classe, est nommé sous-directeur de ladite Ecole.

M. Arnozan est nommé directeur médecin de l'asile des aliénés de Bruty, près Angoulême ; — M. Laffitte, directeur médecin de l'asile de Lafond ; — M. Combes, directeur médecin de Laroche-Gandon ; — M. Barrey, directeur médecin de l'asile de Rodez ; — M. Piroux, directeur médecin de l'asile de Saint-Alban (Lozère) ; — M. Charrière, médecin préposé responsable du quartier des aliénés de Pontorson (Manche) ; — et M. Faure, médecin adjoint de l'asile de Sainte-Gemmes, près d'Angers.

Par décret de l'Empereur, en date du 27 novembre dernier, l'érection d'une statue à Laënnec est autorisée.

On sait que deux commissions ont été instituées, dans la dernière Assemblée générale de l'Association, dans le but de provoquer une souscription pour accomplir ce pieux devoir envers l'immortel auteur de l'auscultation.

La commission générale est composée des présidents des Sociétés locales agrégées ou non à l'Association générale.

La commission centrale des voies et moyens est composée ainsi que suit :

MM. Rayer, président de l'Association des médecins de France ; — Tardieu, doyen de la Faculté de médecine de Paris ; — Bérard, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier ; — Ehrmann, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg ; — Grisolle, président de l'Académie impériale de médecine ; — Lévy, directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie militaires du Val-de-Grâce ; — Reynaud, inspecteur général du service de santé au ministère de la marine et des colonies ; — Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel de l'Académie ; — Andral, professeur à l'Ecole de médecine, membre de l'Institut, membre de l'Académie impériale de médecine ; — Bouillaud, professeur à l'Ecole de médecine, membre de l'Académie impériale de médecine ; — Louis, membre de l'Académie impériale de médecine ; — De Kergaradec, membre de l'Académie impériale de médecine ; — Barth, membre de l'Académie impériale de médecine ; — Latour (Amédée), secrétaire général de l'Association ; — Lediberder, auteur de la proposition relative à la statue de Laënnec ; — Sanderet, rapporteur ; — Halleguen, président de la Société locale du Finistère ; — Roger (Henri), membre de l'Académie impériale de médecine, secrétaire de la commission ; — Mgr l'évêque du diocèse ; — le préfet du Finistère ; — le maire de Quimper.

Les autorités civiles et religieuses de la Bretagne, et en particulier celles du département du Finistère, sont invitées à prendre une part active à cette patriotique manifestation.

Cette commission s'est réunie mardi dernier, et, après avoir entendu la lecture du décret impérial, a déclaré la souscription ouverte.

Les offrandes peuvent être adressées à MM. les présidents des Sociétés locales et aux bureaux de tous les journaux de médecine.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

TABLE DES MATIÈRES

DU SOIXANTE-SEPTIÈME VOLUME.

H

I

L

S

T

U

V

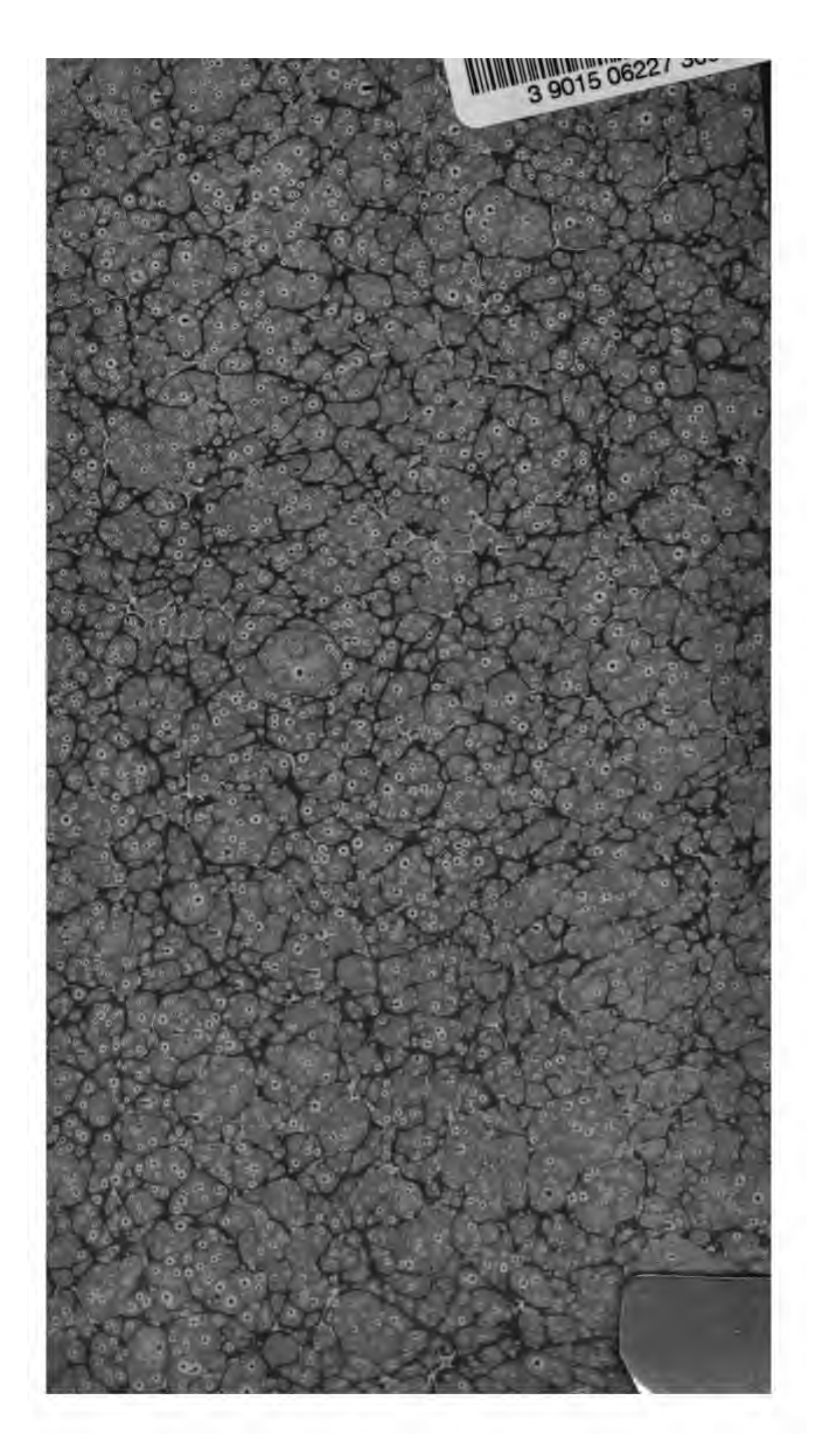
W

Z

FIN DE LA TABLE DU TOME SOIXANTE-SEPTIÈME.

PARIS. — TYPOGRAPHIE HENNUYER ET FILS, RUE DU BOULEVARD, 7.




3 9015 06227

U

V

W

Z

FIN DE LA TABLE DU TOME SOIXANTE-SEPTIÈME.

PARIS. — TYPOGRAPHIE HENNUYER ET FILS, RUE DU BOULEVARD, 7.




3 9015 06227 3696

